

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 30

DES

SALPINGITES HAUTES

Formes liées à la puerpéralité

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 20 avril 1907

PAR

Georges PINATZIS

Né à Kios (Turquie), le 11/25 décembre 1879



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^e

3, rue Stella, 3

1907

DES SALPINGITES HAUTES

Formes liées à la puerpéralité

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 30

DES
SALPINGITES HAUTES

Formes liées à la puerpéralité

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 20 avril 1907

PAR

Georges PINATZIS

Né à Kios (Turquie), le 11/25 décembre 1879



LYON
IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}
3, rue Stella, 3

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.
LORTET. DOYEN HONORAIRE.
PROFESSEURS HONORAIRES
MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. PIERRET. WEILL. POLLOSSON A.
Cliniques chirurgicales	{
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Physique médicale.	X.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe.	MM. VALLAS.	agrége
Maladies des voies urinaires	ROCHET.	
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Hygiène administrative.	ROUX,	—
Thérapeutique générale	COLLET.	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	ANCEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SAMBUC.	REGAUD.	MOREL.
BARRAL.	BORDIER.	CAUSSE.	NEVEU-LEMAIRE.
PIC.	COURMONT (P.).	ANCEL.	PATEL.
PAVIOT.	CHATIN.	COMMANDEUR.	J. LÉPINE, Ch...
NOVÉ-JOSSERAND.	VILLARD.	GAYET.	PLAUCHU, Ch...
BÉRARD.	TIXIER.		

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M), *Président* ; M. NOVÉ-JOSSERAND, *Assesseur* ;
MM. VILLARD et TIXIER, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Si l'histoire des salpingites, ou plutôt, sa phase vraiment scientifique est relativement de date récente, par contre leur étude a provoqué dans ces derniers temps un nombre si considérable de travaux, elle a été l'objet d'un tel remaniement approfondi qu'une nouvelle étude sur ce sujet semble de prime abord prétentieuse ou puérile.

Mais ce sont précisément ces dernières découvertes, le développement si grand de la question et les connaissances toujours grandissantes de toutes les branches de la science médicale qui, en nous découvrant des horizons nouveaux, nous permettent de voir des détails pleins d'intérêt qu'on était loin autrefois même de supposer.

L'historique de la question nous apprend que déjà en 1761, Astruc signala des hydropisies tubaires ; qu'en 1804 Portal se basant sur des trouvailles d'autopsie, donna des descriptions anatomopathologiques concernant les affections de la trompe.

En 1857, Bernuk et Goupil démontrent d'une façon irréfutable l'existence de la pelvipéritonite ; mais ils ne savent pas attribuer aux lésions annexielles la part qui leur revient.

En 1859, Aran dans ses leçons cliniques des maladies de l'utérus, ébauche déjà l'étude de la salpingite et démontre la propagation de l'infection utérine à la trompe.

Bright, Lisfrand, Brouardel, Siredey, Seuvre, la signalent et contribuent chacun pour sa part à l'étude de cette affection. Tandis que Rokitansky, Klob, Virchow étudient son histologie.

Mais son histoire clinique faisait toujours défaut et la salpingite était toujours confondue avec les autres affections du bassin.

Cela n'avait à cette époque qu'une importance relative en rapport avec les moyens thérapeutiques insuffisants dont disposait alors le médecin.

L'antisepsie et par conséquent la chirurgie étaient encore à l'état d'ébauche et tout se bornait à un traitement identique pour la salpingite, la métrite et la périmérite.

Il a fallu, ainsi que le dit Delbet (*Des suppurations chez la femme*, Paris, 1891) que les salpingites fussent traitées chirurgicalement pour prendre la place qu'elles méritaient.

Cet honneur revient à Lawson-Tait. C'est depuis que ce chirurgien, pour la première fois en 1872 dans une intervention heureuse, réussit à enlever les trompes enflammées, que la salpingite entra dans une phase nouvelle et acquit une importance qui marcha depuis de front avec les progrès constants de la chirurgie.

L'exemple du chirurgien anglais trouva bientôt nombre d'imitateurs et nombreuses furent, surtout à l'étranger, les laparotomies pour salpingites.

En France, le premier succès pour ablation des trompes est dû à Terrillon, qui a fait paraître deux monographies sur ce sujet. Lavie groupe en 1888 dans sa thèse, les éléments éparpillés de la question.

De nombreux et importants travaux viennent ensuite compléter l'étude de la salpingite, et, sous l'impulsion vigoureuse de Cornil, Terrillon, Bouilly, Terrier, Montprofit, Mordet, Delbet, Pozzi, Segond, Trelât, Pean, Conjette en France et Saenge, Martin, Orthmann, Nagel, Freund, Bulius, Slavjansky, Landau, Veit à l'étranger, l'affection tubaire acquiert son individualité, son étiologie s'établit, son tableau clinique se développe, son diagnostic et ses indications opératoires se précisent et sa thérapeutique s'enrichit de jour en jour.

Mais si le bloc de l'affection primitive se disloque au profit des nouvelles entités morbides, si les inflammations du petit bassin possèdent actuellement leur individualité propre et leur cadre nosologique bien établi, nombreux sont encore les cas devant lesquels le chirurgien le plus expérimenté se trouve embarrassé, et, porter par exemple un diagnostic précis de salpingite dans certaines circonstances, est aussi malaisé qu'utile. On conçoit aisément que le diagnostic soit encore plus difficile lorsque des conditions anatomiques anormales entrent en jeu.

L'étude de l'anatomie de la trompe nous montre la grande mobilité de cet organe et la possibilité pour lui de déplacements très étendus. Partageant, suivant l'heureuse expression d'Aran, la fortune de l'ovaire, attaché à celle de l'utérus par sa continuité avec lui,

la trompe se trouve pour ainsi dire l'esclave des déplacements de ces deux organes.

Or, pendant la grossesse, l'utérus augmentant de volume, abandonne petit à petit sa position exclusivement pelvienne, pour se porter aussi vers l'hypogastre, vers les fosses iliaques, vers la grande cavité. La trompe solidaire de la matrice la suit dans cette évolution progressive pour occuper successivement différentes positions anormales et élevées. Qu'une inflammation alors survienne, qu'un processus adhésif la fixe maintenant à un point quelconque de ce trajet anormal, et la trompe restera toujours fixée à sa nouvelle place, empêchée par les adhérences de suivre l'utérus dans son mouvement évolutionniste vers le petit bassin.

Les affections de cette trompe ainsi anormalement fixée ne seront plus certes aussi faciles à reconnaître et il y aurait une réelle difficulté à ne pas prendre cette salpingite pour une lésion d'un autre organe plus en rapport avec cette nouvelle position. Et, non seulement le diagnostic dans ces conditions est malaisé, mais sa thérapeutique elle-même présente des indications nouvelles et nécessite des modes d'intervention différents.

Cette situation élevée de la salpingite a déjà été mentionnée incidemment à diverses reprises sans que les différents auteurs aient attaché à cette situation une importance particulière.

C'est ainsi que Terrillon signale en 1898 différentes positions anormales des annexes ; Montprofit et Mordet parlent dans leurs thèses respectives des situa-

tions élevées des annexes et attribuent même un rôle important de cette fixation anormale aux adhérences péritonéales; mais ni les uns ni les autres ne cherchent à dégager une déduction soit pathogénique soit thérapeutique de cette situation anormale qu'ils se contentent seulement de mentionner.

Plus récemment, en décembre 1899, Bouilly dans une observation parue dans *la Gynécologie*, sur la possibilité de l'erreur de diagnostic entre une appendicite et la torsion de pédicule d'un petit kyste ovarique, décrit une situation anormale de ce kyste qui peut à la rigueur être rattachée à la question qui nous occupe.

La position anormale, de ce kyste ovarique haut situé, s'explique dit-il, facilement par le siège qu'il occupait au sixième mois de la grossesse, par le développement de l'utérus gravide, alors qu'il a été surpris par la torsion de son pédicule. Fixé par les adhérences péritonéales solides développées à la suite de cet accident, il n'a pu suivre le retrait de l'utérus et il est resté adhérent dans ce siège anormal. »

De même, dans différentes observations de salpingite dues à des auteurs les plus variés, il est fait mention d'accidents annexiels ayant leur siège dans la fosse iliaque, mais ceci d'une façon tout à fait insidieuse et dans des observations dont le but d'ailleurs était loin de vouloir démontrer la position élevée des annexes.

C'est M. le professeur agrégé Villard, qui décrit le premier cette situation élevée comme une forme de salpingite à individualité propre et présente même à la Société de chirurgie de Lyon, quelques considérations pathogéniques sur cette variété.

C'est aussi lui qui donna le nom de *salpingite haute* à ces salpingites à siège anormalement élevé.

Depuis, on trouve dans la littérature médicale une observation présentée à la Société de Lille par Delassus sur deux pyosalpinx à siège iliaque, et, dans la discussion qui accompagne l'exposé de ces deux cas, une explication de la situation élevée des salpingites par Camelot, de tout point identique d'ailleurs à celle présentée antérieurement par M. Villard.

Mais une étude d'ensemble sur cette question restait toujours à faire et c'est ce que nous avons entrepris dans ce modeste travail par trop incomplet.

Mais avant de commencer ce travail, et puisque il est d'usage d'exprimer en tête de sa thèse les sentiments de gratitude que nous professons pour ceux à qui nous devons notre éducation médicale, puisqu'il faut écrire ce que tous nous pensons au fond de nous mêmes, nous allons le faire avec d'autant plus de joie que nous avons une double reconnaissance à traduire.

C'est l'étranger d'abord qui, arrivé en France, ignorant des coutumes et de la langue, trouva parmi ses camarades un accueil on ne peut plus cordial et parmi ses maîtres une indulgence et une bienveillance qu'il n'oubliera jamais.

C'est aussi l'élève qui veut remercier pour l'instruction qu'il a reçue, pour les principes qu'il est venu chercher et que l'Ecole Française ne lui a point mesurés. C'est pour lui une grande fierté de pouvoir compter parmi ses disciples.

Nos premiers maîtres de la Faculté des sciences de Grenoble, nous ont considéré moins comme un élève

que comme un ami. Leurs conseils éclairés, leur sollicitude envers le jeune étudiant étranger lui ont aplani bien des difficultés. Que MM. les professeurs Lachmann, Léger, Baulard, Chavastelon reçoivent ici l'expression de notre profonde reconnaissance. Nous avons eu aussi l'honneur de puiser nos premières notions de chimie aux leçons magistrales du regretté professeur Raoult.

M. le Dr Bordier, directeur de l'Ecole de Médecine, nous accueillit avec une bienveillance particulière. Il fut pour nous plus qu'un maître, et nous honora d'une amitié dont nous lui sommes très reconnaissant. Il sait déjà combien sont vifs pour lui notre dévouement et notre gratitude; c'est pour nous une grande satisfaction que de pouvoir le lui témoigner publiquement ici.

A tous nos maîtres de l'Ecole de Grenoble qui ont guidé nos premiers pas dans l'art médical, qui nous ont aidé de leurs conseils et de leur expérience, nous adressons ici l'expression de notre bien vive gratitude.

Pendant nos années d'externat et d'internat, nous avons trouvé auprès de nos chefs de service la plus affectueuse sollicitude; c'est auprès d'eux que nous avons puisé les meilleurs enseignements, c'est au lit du malade, et par eux, que nous furent enseignées ces mille petites choses, qu'on ne trouve point dans les traités médicaux, et qui sont indispensables au médecin pour remplir son rôle au chevet du malade. La bonté, la bienveillance, quelques bonnes paroles sont des agents thérapeutiques que nous avons appris à ne pas négliger, et que nous mettrons toujours en pra-

lique, suivant en cela l'exemple de nos maîtres. MM. Bertholet, Girard, Comte, Porte, Perriol, Cibert, Jacquemet et Gautier ont droit à tous nos remerciements; nous n'aurons garde d'oublier tout ce que nous leur devons.

Comme prosecteur à l'Ecole de Médecine, nous avons eu pour maître M. le professeur Allard dont nous saluons ici respectueusement la mémoire. M. Termier, chef des travaux anatomiques, nous témoigna toujours beaucoup d'intérêt.

Les leçons que nous avons reçues auprès des professeurs de la Faculté de Médecine de Lyon, en terminant nos études, nous ont été également des plus profitables.

M. le professeur agrégé Villard, en particulier, a bien voulu nous accueillir dans son service; c'est à lui que nous devons l'idée de ce travail; ses conseils en la circonstance nous ont été très précieux et nous sommes heureux de lui témoigner ici notre sincère reconnaissance.

Nous adressons enfin à M. le professeur M. Pollosson, nos remerciements et notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Rappel et Considérations Anatomiques

Le péritoine pelvien, après avoir tapissé les deux faces de l'utérus, passe des bords latéraux de cet organe aux parois latérales du bassin sous forme de deux replis transversaux quadrilatères : les ligaments larges. Ces ligaments complétés par l'utérus pour la partie moyenne, constituent une sorte de cloison oblique un peu en arrière, qui divise la cavité pelvienne en deux compartiments, l'un antérieur ou cavum pré-utérin, l'autre postérieur ou cavum rétro-utérin. Le premier est occupé par la vessie, le second par le rectum.

Entre les deux feuillets des ligaments précités existent trois organes qui soulèvent à leur niveau le péritoine pour constituer trois replis appelés ailerons. L'un antérieur contient le ligament rond ; l'autre postérieur correspond à l'ovaire et à ses annexes, le troisième enfin, moyen ou supérieur, enveloppe la trompe et lui constitue une sorte de méso assez long, le méso salpinx.

Les trompes sont deux conduits latéraux situés, comme nous venons de le voir, dans l'excavation pelvienne, sur les côtés de l'utérus, et dans l'aileron supérieur du ligament large, constituant même le bord

supérieur de ce ligament, et délimitant en haut de chaque côté de la matrice, la cloison qui sépare le cavum pré-utérin du cavum rétro-utérin.

A la naissance, les trompes sont toujours situées au dessus du plan du détroit supérieur du bassin, mais elles se trouvent au-dessous dans les premiers mois, sans qu'on puisse à cet égard arriver à une détermination plus rigoureuse.

Rapports. — La trompe est en rapport, à l'état normal, en avant avec l'intestin grêle quand la vessie est vide, avec celle-ci quand elle est distendue par l'urine, en arrière avec les parois du petit bassin.

Direction. — Les trompes se dirigent transversalement de l'extrémité supéro-externe de l'utérus vers la paroi latérale du bassin et l'ovaire, établissant ainsi une communication entre la surface ovarique et la cavité utérine.

Horizontales d'abord, elles se portent (à l'union de leurs $\frac{2}{3}$ interne avec le $\frac{1}{3}$ externe) en arrière, en dedans et un peu en bas pour se diriger ensuite presque directement en dedans, de façon à décrire un arc à concavité postéro-interne.

Bien entendu, cette direction se ressent forcément des déplacements de l'utérus, et suivant que la matrice s'abaisse ou s'élève, la trompe devient ascendante de dedans en dehors ou oblique en sens opposé.

La direction et la situation des trompes sont d'ailleurs très peu stables; elles dépendent de la position du sujet, de la situation de l'utérus, de celle de l'ovaire

et, d'une façon générale, tout ce qui apporte changement dans un organe du bassin, influe aussi plus ou moins sur la situation et la direction des trompes.

Les trompes se présentent sous forme d'un conduit souple de deux à trois millimètres d'épaisseur.

On divise les trompes en trois parties : l'une intra-utérine ou interstitielle, se terminant dans l'utérus par un orifice de un millimètre de diamètre : l'ostéum utérinum. C'est par cet orifice que l'infection secondaire se propage à la trompe par l'intermédiaire de la muqueuse utérine. Dans les inflammations tubaires, ce conduit s'obstrue, soit par le boursoufflement de la muqueuse, soit par la présence d'un bouchon muqueux inflammatoire. La seconde portion, moyenne ou corps, se subdivise en deux parties : l'isthme de Barkow, partie interne plus droite et plus courte (3 à 4 centimètres) et l'ampoule de Henle, externe, plus longue (7 à 8 centimètres), moins épaisse et éminemment dilatable (pyosalpinx-grossesse tubaire, etc.) La troisième partie enfin, constitue le pavillon, sous forme d'un entonnoir frangé, très mobile et lequel, s'ouvrant en pleine cavité péritonéale, communique d'autre part avec l'ampoule par un petit orifice extensible : l'ostéum abdominal (2 à 3 millimètres).

Comme l'ostéum uterinum, et d'une façon plus précoce, l'orifice abdominal peut s'oblitérer à la suite d'une inflammation de la trompe, soit par hypertrophie des franges, soit par péritonite adhésive.

Comme pour l'ostéum utérinum, l'oblitération de l'orifice abdominal est parfois précaire, et l'on peut voir, à un moment de son évolution, une salpingite

kystique s'ouvrir, soit dans le péritoine, soit dans la cavité utérine.

La trompe est creusée dans toute sa longueur d'un canal, dont le diamètre variable augmente, d'une façon générale, en allant de l'ostéum utérin vers l'ostéum abdominal, et présente son maximum vers l'ampoule. Ce canal offre un système de plis longitudinaux, très variables dans leurs dimensions et leur nombre (plis principaux), lesquels, au niveau de l'ampoule, se développent considérablement et se hérissent de plis plus petits encore (plis secondaires et tertiaires) pour se continuer ensuite avec les franges du pavillon.

Cette disposition anatomique, éminemment favorable pour le rôle physiologique de la fécondation, transforme le canal de la trompe en un véritable *labyrinthe tubaire* qui, au point de vue pathologique, met une entrave à la guérison complète d'une inflammation tubaire, et facilite le passage de l'état aigu à l'état chronique, en favorisant la stagnation des sécrétions morbides.

La constitution anatomique de la trompe comprend une séreuse, dépendance du péritoine et du ligament large; une sous-séreuse en tissu cellulaire lâche; une musculuse, composée de fibres lisses circulaires (profondes) et longitudinales (superficielles), plus épaisse à mesure qu'on se rapproche de l'ostéum utérinum; une muqueuse de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, qui se continue en dedans avec la muqueuse utérine et au dehors avec le péritoine. Elle comprend : *a*) un chorion de tissu conjonctif; *b*) un épithélium cylindrique à cils vibratiles.

Les artères proviennent des artères utérine et ovarienne.

Les lymphatiques naissent des trois tuniques de la trompe. Ils vont se joindre à ceux de l'ovaire et du corps de l'utérus, et gagnent ensuite les ganglions lombaires.

DÉPLACEMENTS PHYSIOLOGIQUES NORMAUX ET MOYENS DE FIXITÉ

La trompe est maintenue en position par sa continuité avec l'utérus et par son emprisonnement dans le mésosalpinx, qui la rattache à la paroi latérale et au plancher du pelvis.

Ce méso, de forme triangulaire, fixé par son bord inférieur au reste du ligament large et par son sommet à la corne utérine, libre par sa base et par son bord supérieur, qui précisément est occupé par la trompe, est essentiellement mobile, et permet à la trompe, à l'état normal, des déplacements assez étendus. Entraîné dans certains cas par le pavillon de la trompe, il se rabat avec lui dans le cavum rétro-utérin, formant un pli à angle aigu, masquant plus ou moins l'ovaire (P. Delbet). De cette façon, s'explique la situation postérieure, par rapport à l'ovaire, que certains auteurs attribuent à la trompe.

La mobilité de la trompe n'est pas cependant la même pour toutes ses parties. L'isthme, à cause de la petitesse de son méso, est relativement fixe, n'obéissant qu'aux mouvements de l'utérus et se déplaçant

avec lui. L'ampoule et le pavillon, par contre, jouissant d'un méso plus long, possèdent aussi une mobilité propre très étendue; ils sont, en outre, solidaires des déplacements de l'ovaire, et c'est à eux que s'applique surtout le mot d'Aran : « La trompe partage la fortune de l'ovaire. »

Ainsi la situation de la trompe est subordonnée à celle de la matrice et de l'ovaire, elle l'est aussi à celle d'autres organes mobiles. Aussi est-il exact d'écrire avec Rieffel que « les trompes se portent en arrière quand le réservoir urinaire se dilate; que dans ce cas elles se couchent sur les ovaires, qui eux-mêmes se couchent sur les ligaments utéro-sacrés; qu'elles s'abaissent quand les anses intestinales remplies de matières fécales pèsent sur elles; qu'elles se déplacent en avant quand ces mêmes anses s'amassent dans le cavum retro-utérin. »

La partie externe de la trompe est rattachée aux parties voisines au moyen d'un certain nombre de ligaments : 1^o Ligament infundibulo-colique; 2^o ligament infundibulo-pelvien (ou suspenseur de l'ovaire); 3^o ligament infundibulo-ovarique ou tubo-ovarique sur lequel repose la frange ovarique de Richard.

Il existe aussi entre l'appendice et l'extrémité de la trompe un léger repli péritonéal, une sorte de ligament qui prolonge vers le cœcum le bord supérieur du ligament large. Il est évident que dans l'épaisseur de ce ligament se trouve un réseau lymphatique au niveau duquel peuvent se faire des transports microbiens et des inoculations de proche en proche.

DÉPLACEMENTS PATHOLOGIQUES

Les déplacements pathologiques de l'utérus peuvent être de plusieurs sortes :

Des déplacements dus à la flaccidité de ses moyens de fixité. L'appareil ligamenteux de la trompe peut, en effet, se relâcher à la suite, par exemple, de grossesses répétées ; dans ce cas, la trompe tombe le plus souvent dans le cul-de-sac de Douglas où des adhérences peuvent la fixer d'une façon définitive. Des adhérences également produites à la suite d'inflammations péritonéales du petit bassin peuvent immobiliser la trompe dans une position anormale (Labadie Lagrave) ; c'est ce qui explique comment, dans les opérations ou à l'autopsie, on a trouvé parfois la trompe étendue transversalement de la corne utérine à la fosse iliaque. Delbet a cité un cas dans lequel les trompes se croisaient au-dessus du fond de l'utérus, de sorte que celle d'un côté venait proéminer du côté opposé.

L'existence d'adhérences périsalpingiennes rend aussi plus étroits et surtout plus fixes les rapports de la trompe avec les organes environnants. C'est ainsi que des rapports intimes peuvent s'établir entre la trompe et la paroi abdominale antérieure, les anses intestinales, le cœcum, la vessie. Mais le plus souvent la trompe est entraînée, ainsi que nous l'avons dit, vers le point le plus déclive de l'excavation pelvienne, c'est à dire vers le cul-de-sac de Douglas.

En dehors de la fixation par des adhérences inflammatoires, les déplacements salpingiens peuvent être dus au refoulement par une tumeur voisine, ou aux déplacements congénitaux ou acquis tels que hernies inguinales ou crurales (Lejars). Ces dernières sont favorisées par le peu de distance qui existe entre la trompe et le canal crural, puisque l'extrémité abdominale de l'oviducte est à 2 cent. 5 de l'orifice interne de ce canal et le centre à 1 cent. 3 seulement. Dans ces déplacements herniaires, l'oviducte peut être seul ou accompagné de l'utérus ou de l'ovaire.

Une autre catégorie de déplacements salpingiens est celle subordonnée au déplacement de la matrice et de l'ovaire. Nous avons vu, en étudiant les moyens de fixité, combien son sort est intimement lié à celui de ces deux organes. Dans tous leurs déplacements ils impriment forcément un changement dans la situation et la direction de la trompe. C'est ainsi que le pavillon suit l'ovaire dans sa chute dans le cul-de-sac de Douglas ; il le suit aussi pendant son accroissement lors d'une formation kystique. Dans la retroflexion de l'utérus, l'isthme est d'abord seul modifié dans sa direction, mais bientôt la portion ampullaire est, elle aussi, avec l'ovaire, attirée en arrière et en bas par le ligament tubo-ovarien. Dans l'inversion de la matrice, les trompes sont placées dans l'entonnoir formé par le segment invaginé, et d'une façon générale, elles subissent de nombreux changements de situation dans les diverses torsions, prolapsus et tumeurs de cet organe (fibromes, etc.)

DÉPLACEMENTS ET MODIFICATIONS MACROSCOPIQUES
DES TROMPES PENDANT LA GROSSESSE

Les déplacements salpingiens les plus importants et surtout ceux qui nous intéressent le plus, sont les déplacements qui dépendent de l'accroissement de volume de l'utérus pendant la grossesse normale.

Au point de vue de sa situation, la matrice, pendant les trois premiers mois de la gestation, se développe dans l'intérieur de la cavité pelvienne; aussi les trompes restent-elles avec elle dans le petit bassin.

Dans le second trimestre, en suivant les changements topographiques de l'utérus, elles s'élèvent de l'hypogastre vers la fosse iliaque, puis dans les fosses lombaires, l'accompagnant toujours dans son mouvement ascensionnel insensible dans la grande cavité abdominale. Comme conséquence de cette expansion utérine, les trompes qui, à l'état normal et au début de la gestation étaient transversales, et dans un plan perpendiculaire à l'axe de l'utérus, deviennent peu à peu obliques de haut en bas et de dedans en dehors, pour arriver par une série de positions intermédiaires variables avec l'âge de la grossesse, à se trouver presque parallèles à l'axe de l'utérus gravide, c'est-à-dire sensiblement verticales, au lieu d'horizontales qu'elles étaient au début.

Après l'accouchement elles regagnent avec l'utérus

la cavité pelvienne pour réintégrer petit à petit leur situation et leur direction primitive.

Examinons maintenant la situation du point d'insertion des trompes pendant l'augmentation du volume utérin. Nous constatons en effet que ce point d'insertion n'a plus lieu à l'angle supéro externe de la matrice à égale distance des faces postérieures et antérieure, comme cela a lieu pour l'utérus à l'état de vacuité. Vers le 3^{me} mois il se trouve placé vers l'union du quart supérieur et du trois quart inférieur, en même temps qu'à la jonction du tiers antérieur et les deux tiers postérieurs de la matrice.

Vers le sixième mois il se trouve placé à égale distance des deux extrémités de l'utérus.

Cela tient à ce que les différentes parties de l'utérus ne se développent pas d'une façon simultanée.

Dans l'ampliation de l'utérus gravis, c'est principalement le fond qui se développe, les autres parties y contribuent, mais dans des proportions moindres et inégales pour leurs parties considérées. Ainsi pour la paroi postérieure, l'ampliation de la partie supérieure dépasse d'un cinquième celle de tout le reste de la paroi. A la face antérieure de l'utérus, c'est la partie inférieure qui se développe le plus. Il y a hypertrophie véritable, et non pas seulement distension. Les faces latérales de l'utérus se développent aussi proportionnellement beaucoup plus que la face antérieure (A. Pollosson, Pendant les six premiers mois, c'est donc le fond qui fournit presque toute l'étoffe nécessaire au développement de la cavité utérine. Cet abaissement des ouvertures tubaires est moins sensible à terme

parce que dans les trois derniers mois c'est la partie inférieure à son tour qui subit l'accroissement le plus notable.

Macroscopiquement, les trompes, bien qu'elles prennent part à l'hypertrophie générale des organes génitaux internes, ne sont pas sensiblement modifiées.

Cependant elles paraissent s'allonger (Rieffel) et perdre leur flexuosités du fait de la traction due à l'ascension de l'utérus pendant la grossesse (Janot). Ces données d'ailleurs, comme le fait remarquer Janot, sont très difficiles à vérifier à cause des variations individuelles. Il faudrait pour être précis pouvoir les mesurer sur le même individu, d'abord à l'état normal, puis avant et après l'accouchement ce qui est irréalisable.

MODIFICATIONS MICROSCOPIQUES DE LA TROMPE PENDANT LA GROSSESSE ET APRÈS L'ACCOCHEMENT

Pendant l'accouchement tous les auteurs s'accordent pour reconnaître qu'il y a un épaissement, une hypertrophie des couches constituant de la trompe. Les plis principaux s'hypertrophient, les plis secondaires restent stationnaires, d'où augmentation pour les uns et diminution pour les autres de la lumière de l'oviducte.

Les systèmes sanguins et lymphatiques se développent considérablement. Les cellules du stroma (chorion) paraissent augmentées de volume avec un noyau arrondi ou ovale; elles prennent quelquefois un carac-

tère épithélioïde qui les fait ressembler à des cellules déciduales.

En ce qui concerne maintenant la disparition des cils vibratiles de la muqueuse, les avis sont partagés. Pour les uns (Frommel, Grusdew, Thomson) ils sont conservés à l'épithélium ; pour les autres (Ch. Robin, Janot), l'épithélium perd ses cils vibratiles.

Après l'accouchement il y a une désagrégation complète de l'épithélium et des plis, et un agrandissement relatif du calibre de la trompe, dont la lumière se trouve occupée par des lambeaux de tissus disposés dans le plus grand désordre (Janot).

Les cils vibratiles tombent et cette destruction de toute la muqueuse fait penser à l'existence d'une véritable caduque tubaire (Fochier, Fabre).

INVOLUTION UTÉRINE

Après l'accouchement, l'utérus, considérablement hypertrophié, doit entreprendre un travail de regression considérable pour revenir en quelques semaines au volume et aux autres conditions qu'il avait avant la grossesse.

La trompe, pendant ce parcours regressif, cette « involution utérine », dépend toujours de la matrice et la suit dans son mouvement. Décrire par conséquent la situation de l'utérus pendant son involution c'est s'occuper en même temps de la position que l'oviducte occupe pendant la même période.

Le retrait de l'utérus ne s'opère pas d'une façon

brusque ; il met un certain temps avant de se réaliser, temps pendant lequel, la matrice, et par conséquent la trompe, occupent des situations élevées. Les différents auteurs qui se sont occupés de la question arrivent à des conclusions assez différentes.

C'est ainsi que pour Jules Guérin, sur seize des vingt-un cas qu'il a examinés, l'utérus était *après l'accouchement* au niveau de l'ombilic ou un peu au-dessus ; du troisième au quatrième jour il était descendu par un dégonflement non interrompu au niveau ou derrière le pubis ; mais dans tous les cas le retrait s'est opéré en quatre jours (*Gaz. des Hôpitaux*, p. 349, 1858).

Pour Wieland c'est vers le dixième ou onzième jour que l'utérus disparaît derrière la symphyse pubienne (Thèse).

Pour Ganzinotty de Nancy (Thèse) : « Dans une première catégorie le fond de l'utérus disparaît derrière le pubis du onzième au douzième jour des couches, c'est l'involution rapide. Dans une seconde catégorie, le fond utérin cesse d'être perceptible du quatorzième au seizième jour seulement, c'est l'involution lente ».

Pour Auvard (Travaux d'obstétrique) par contre « du septième au quinzième jour l'utérus loin de disparaître derrière la symphyse pubienne, se trouve à 8 ou 9 centimètres au-dessus d'elle ». Il conclut d'ailleurs que « pendant la première semaine c'est-à-dire les sept premiers jours, l'utérus qui, après la délivrance, était un peu au-dessus de l'ombilic, descend de 1 centimètre par 24 heures. Que pendant la semaine suivante la descente est plus lente, difficilement

appréciable et qu'elle se continue ainsi insensiblement jusqu'au retour complet de l'état normal. »

Camacho enfin, dans sa récente thèse (Paris, 1906), par une étude qui porte sur 120 observations arrive à distinguer comme Ganzinotty deux catégories d'involutions. Une involution normale, de beaucoup la plus fréquente et dans laquelle le fond de l'utérus disparaît derrière le pubis du neuvième au douzième jours des couches ; et une involution lente lorsque le fond de l'utérus ne disparaît derrière la symphyse pubienne que du douzième au quinzième jour. Il conclut ainsi à une diminution quotidienne de 0 cm 83, dans la descente de l'utérus à ses dimensions normales.

De ce qui précède résulte une assez grande discordance concernant le moment exact de la disparition de l'utérus derrière le pubis. Cela dépend probablement des constitutions individuelles.

Ce qui ressort cependant c'est que la matrice, dix jours en général au moins, après la parturition, occupe encore une position extra-pelvienne, et que cette position peut se maintenir, dans certains cas, jusqu'à seize et vingt jours après l'accouchement.

Nous verrons dans le chapitre consacré à la pathogénie, combien ce temps est encore susceptible d'allongement dans des conditions alors pathologiques.

CHAPITRE II

Considérations pathogéniques

La salpingite est une inflammation de la trompe évoluant habituellement dans le petit bassin et n'ayant comme situation qu'un rapport de voisinage avec les affections des fosses iliaques, plus haut placées.

Mais il existe aussi une variété de salpingite qui a son siège dans la fosse iliaque même et possède par conséquent par rapport à la salpingite ordinaire une situation plus élevée. C'est cette variété de salpingite à siège anormalement élevé que nous avons en vue dans ce travail, salpingite que M. le Professeur agrégé Villard appela « Haute », à la séance de la Société de Chirurgie de Lyon du 5 juillet 1900.

La trompe à la suite de chaque grossesse en suivant le mouvement ascensionnel de l'utérus occupe successivement, mais d'une façon transitoire, différentes positions élevées sans qu'il y ait lieu de voir là un état pathologique.

Mais cette situation devient anormale, dès que la trompe fixée par des adhérences, reste définitivement dans cette situation, sans pouvoir plus accompagner l'utérus dans son mouvement de régression vers la cavité pelvienne.

Cette fixation anormale est réalisée par l'établissement d'adhérences, c'est-à-dire par la déclaration d'une péritonite localisée, qui n'est elle-même que la résultante d'une première inflammation de la trompe, le premier stade d'une infection qui peut avoir comme aboutissant éloigné le pyosalpinx.

Il faut par conséquent, pour qu'une salpingite haute s'établisse, deux conditions : 1° Une situation haute de la trompe, et 2° un processus inflammatoire survenant à ce moment et provoquant une réaction péritonéale locale qui aura pour résultat la formation d'adhérences et la fixité de la trompe.

Il faut d'autre part, que ces deux conditions se trouvent réunies simultanément ; car l'existence d'une seule de ces deux conditions est forcément impuissante à produire la salpingite haute.

Nous devons, par conséquent, maintenant, examiner comment ces deux états peuvent se produire séparément, et dans quelles circonstances ils peuvent se trouver réunis. C'est ce que nous allons entreprendre dans les trois paragraphes qui vont suivre.

§ I. — Situation élevée de la trompe

Il est entendu que nous ne nous occuperons pas ici, comme ne rentrant pas dans le cadre de cette étude, des situations élevées que la trompe peut occuper pendant les différentes maladies de la matrice ou de l'ovaire (fibromes, kystes, etc.), ainsi que dans ses anomalies congénitales.

La situation élevée de la trompe est réalisée physiologiquement pendant l'évolution de la grossesse et après celle-ci au cours de l'involution utérine.

Nous avons déjà étudié ces déplacements normaux au chapitre consacré à l'anatomie, inutile par conséquent d'y revenir.

Mais, en dehors de ces cas physiologiques, où la trompe se maintient élevée pendant une durée à peu près déterminée, il est un certain nombre de conditions qui prolongent anormalement cette durée, et ceci précisément pendant une période qui est des plus favorable à la constitution de la salpingite haute.

Nous avons vu, en effet, que pendant l'involution utérine, l'utérus et la trompe disparaissent habituellement dans le petit bassin à une époque qui varie de une à trois semaines après l'accouchement. Ceci a lieu dans une involution normale. Mais il n'en est plus de même lorsque l'accouchement ou l'avortement sont suivis d'infection. Il s'en suit alors un arrêt complet de la régression utérine qui se trouve sous la dépendance de l'infection.

Pour Camacho, cette infection est la seule et véritable cause ayant une influence marquée, patente, décisive, sur l'arrêt de l'involution normale. « Lorsque, dit-il, la cavité utérine est envahie par les microbes pathogènes de la septicémie puerpérale, l'involution s'arrête et l'infection commence. »

Or la position de la trompe sera d'autant plus élevée que l'arrêt de l'involution sera produit à un moment très proche de l'expulsion du fœtus. Ainsi, si l'infection survient pendant les premiers jours qui suivent l'ac-

couchement ou l'avortement, alors que l'utérus est encore haut placé, il y a des chances pour que la trompe se maintienne dans une situation élevée et ceci pendant un temps suffisamment long.

La durée de la grossesse influe également sur l'involution ; mais, tandis que la plupart des auteurs admettent un arrêt du retrait de la matrice dans les accouchements avant terme, et surtout dans les avortements ; Camacho, lui, attribue cet arrêt à l'infection et ne l'admet que pour les avortements ou accouchements prématurés *infectés*.

Pour résumer maintenant ces quelques considérations, la trompe se trouve dans une situation élevée :

1° Pendant le cours de la grossesse et après le deuxième mois de celle-ci.

2° Après l'avortement ou l'accouchement, pendant l'involution utérine, dans un espace de temps variant de neuf à seize jours. A noter que cette situation élevée va en diminuant au fur et à mesure qu'on s'éloigne du premier jour de l'accouchement.

3° Enfin, dans le cas d'infection post-abortive ou post-partum, la situation élevée se maintient dans un laps de temps d'autant plus long, et elle est d'autant plus élevée que l'infection survient à un moment plus proche de l'accouchement ou de l'avortement.

§ II. - Processus inflammatoire aboutissant à la péritonite adhésive

Dans la très grande majorité des cas, le point de départ des maladies annexielles se trouve dans l'utérus

et le vagin, et l'infection n'arrive à la trompe que d'une façon presque toujours secondaire.

La trompe étant en effet un organe indirectement en communication avec l'extérieur, rien de plus naturel que pour l'atteindre, dans la plupart des cas, l'élément infectieux suive la filière génitale.

Des divers agents pathogènes qui peuvent provoquer l'infection nous en retiendrons ici deux, les plus importants, le gonocoque, agent de la blennorrhagie et le streptocoque cause de l'infection puerpérale.

Nous ne chercherons pas à établir de quelle façon se fait l'infection ; si les microorganismes sont apportés de l'extérieur au moment de l'infection ou bien s'ils préexistent dans les voies génitales à l'état inoffensif, et qu'ils n'attendent que le moment favorable pour exalter leurs propriétés nuisibles, ce qui a lieu surtout pour le gonocoque.

Un point par contre qui nous retiendra un peu, c'est la voie que ces agents pathogènes suivent pour provoquer l'inflammation annexielle.

Pour le gonocoque tout le monde semble être actuellement d'accord.

Il est admis que la seule voie que ce microorganisme puisse emprunter pour pénétrer dans la trompe c'est la voie muqueuse par continuité des tissus.

En suivant la lumière de l'oviducte cet agent peut arriver jusqu'au péritoine qu'il infecte au niveau du pavillon. On ne le trouve que dans le pus et à la surface de la muqueuse à l'exclusion de toute autre partie constituante de la trompe.

Au sujet du streptocoque, par contre, les avis son

partagés. Tandis que la plupart des auteurs, depuis Montprofit (Thèse, 1888) admettent actuellement la voie muqueuse à l'exclusivité de toute autre ; d'autres, par contre, avec Lucas-Championnière, font jouer un rôle important au système lymphatique. Gartner enfin (*Annales de Gynécol. et d'Obstétr.*, 1893, t. XL), croit que ce rôle peut être attribué aux lymphatiques en même temps qu'au système veineux.

En nous basant sur ce fait anatomopathologique à savoir que le streptocoque envahit les annexes dans leur totalité, qu'il se retrouve dans toutes les couches de la trompe, nous pouvons admettre sans difficulté, comme contribuant à l'infection tubaire, toutes les voies précitées réunies.

Quoiqu'il en soit, une fois introduits dans la trompe les microbes peuvent se comporter différemment, suivant la réceptivité du sujet et leur degré de virulence.

Leur présence provoque toujours une réaction inflammatoire de la trompe, laquelle, suivant l'intensité de la virulence des microbes et la réceptivité du sujet, peut présenter les différents degrés des salpingites.

Dans une première variété, sous l'influence de l'agent infectieux, peu virulent, la trompe se tuméfie, les franges du pavillon s'altèrent dans leur forme et dans leurs dimensions : le segment infundibulaire s'emplit de sécrétions septiques qui passent à travers l'ostium abdominal, encore indemne, pour venir infecter le péritoine, et provoquer une réaction. Le péritoine sous l'influence de ce processus irritatif, réagit par une inflammation dont le premier phénomène

est la modification des couches superficielles des cellules et la chute de l'épithélium, et dont le premier stade se traduit par la formation d'un exsudat qui tapisse la surface enflammée.

Cet exsudat, discret d'abord, évolue petit à petit en adhérences plus ou moins molles lesquelles peuvent se transformer par une organisation fibreuse ultérieure en un reticulum plus résistant ; c'est ce que Hunter désigna sous le nom d' « inflammation adhésive ».

Ces adhérences fixent la trompe et surtout son pavillon dans la situation dans laquelle ceux-ci se trouvent au moment de la formation de ces adhérences, et avec les organes avec lesquels ils présentent à ce moment des rapports immédiats.

Ces organes voisins peuvent être suivant le cas, l'épiploon, l'intestin grêle, le rectum ; l'anse omega pour les annexes gauches ; le cœcum et l'appendice, le colon ascendant (obs. X) pour la trompe droite.

Ils peuvent être aussi, la vessie, la paroi abdominale antérieure, le psoas, l'os iliaque (obs. VII) et même l'intérieur d'un sac herniaire (obs. IX).

Enfin l'uretère elle-même peut s'unir à la trompe mais ceci doit être considéré comme une rareté. Wylie en cite un cas.

Une première conséquence de cette péritonite adhésive c'est la fermeture du pavillon tubaire. Mais, en dehors de cette occlusion par adhérence aux organes voisins, l'oblitération de l'orifice abdominal peut se faire aussi seule (Reymond) par l'accolement de la surface péritonéale des franges du pavillon qui se replient sur elles-mêmes et rentrent à l'intérieur de la trompe.

De toute façon les adhérences une fois constituées, la salpingite peut évoluer de différentes sortes suivant le terrain et l'agent provocateur, elle peut aboutir à des lésions variées qui ne sont que des étapes ou des complications de la lésion primitive.

Une simple salpingite catarrhale peut se comporter d'une façon relativement bénigne sans donner lieu à un processus symptomatique bruyant.

Des coliques salpingiennes peuvent se produire répondant à la distension tubaire et à l'oblitération momentanée de son ostium utérin. Cet orifice finit à son tour par s'obstruer définitivement ; nous avons alors la salpingite enkystée qui constitue habituellement la lésion la plus ancienne de la trompe.

Une résolution des lésions et des symptômes est aussi possible, comme dans les salpingites ordinaires par l'évacuation du contenu de la trompe à travers l'ostium utérin (obs. V).

Des symptômes enfin, graves d'emblée, peuvent se présenter, avec suppuration et distension consécutive du canal tubaire.

Mais ce qu'il faut retenir dans cette première variété c'est la fixation de la trompe (par adhérences) aux organes voisins et la fermeture de son ostium abdominal. D'autre part, dans un certain nombre des cas la salpingite peut être très légère, se limitant à la péritonite adhésive, à la fixation de la trompe, et ne donnant lieu à une manifestation salpingienne aiguë importante, que dans un second temps éloigné de la première atteinte, et sous l'influence d'une seconde infection.

Tandis que dans d'autres cas, de beaucoup les plus fréquents, l'inflammation salpingienne aiguë bruyante, est due au même processus inflammatoire qui provoque aussi la péritonite adhésive et la fixité anormale.

Dans une deuxième variété des Salpingites hautes l'infection survenant brusquement dans un temps très rapproché de l'accouchement ou de l'avortement, surprend pour ainsi dire la trompe dont la lumière est encore perméable, et pénétrant dans le péritoine y constitue une sorte de phlegmon localisé que nous appellerons *pseudo-phlegmon du ligament large* à cause de son analogie avec le véritable.

Le germe infectieux trop virulent, dans ces cas, n'a pas laissé le temps au pavillon de s'obstruer, mais s'écoulant directement dans le péritoine provoque une inflammation locale importante avec un cortège des symptômes alarmants. Il n'y a point ici de formation de poche salpingienne et la lésion tubaire est éclipsée par l'importance des symptômes péritonéaux.

C'est la forme aigue de la salpingite haute.

Faut-il invoquer pour expliquer sa pathogénie, des conditions particulières de réceptivité du sujet? l'exaltation de la virulence des microbes? ou bien la nature même de l'agent pathogène?

Y a-t-il lieu de penser que c'est plutôt le gonocoque que le streptocoque qui est la cause de cette péritonite enkystée?

Nous connaissons de quelle façon l'infection gonococcique se propage de muqueuse à muqueuse jusqu'au péritoine, et combien facile est l'infection de ce dernier

par le pus blennorrhagique s'écoulant du pavillon de la trompe.

D'autre part, d'expériences entreprises chez les cobayes par Wertheim et plus récemment par Raymond, il résulte que le gonocoque se comporte vis-à-vis du péritoine d'une façon *relativement* bénigne. Ce qui permet à ce dernier d'organiser sa défense dont le résultat est une péritonite enkystée, au lieu d'une péritonite généralisée de pronostic infiniment plus grave.

Cette péritonite généralisée peut également s'observer, soit à la suite d'une exaltation de la virulence du gonocoque, soit à la suite d'une infection non gonococcique ou associée.

Le pus dans ce cas s'écoule directement dans le péritoine, mais diffuse rapidement avant que des adhérences aient le temps de se constituer pour limiter la lésion.

Dans une observation parue dans les *Annales de la Gynécologie* en 1900, Gosset et Mouchote publient le cas d'une femme enceinte de trois mois chez laquelle se déclara une péritonite mortelle, par irruption à travers l'ostium abdominal du contenu d'une salpingite suppurée. Dans ce cas les auteurs pensent, que si cela a pu se faire, cela tient à ce que la trompe étant attirée au-dessus de la cavité pelvienne par l'utérus gravide, elle n'a pu s'accoler à l'intestin grêle trop mobile et elle a vidé son contenu purulent en plein péritoine.

Dans l'observation IV, il s'agit également d'une péritonite aiguë mortelle d'origine salpingienne chez une accouchée et où l'autopsie montra la trompe baignant dans le pus, dans une situation franchement iliaque.

De ces deux observations on peut même faire une troisième variété de salpingite haute à forme alors suraiguë, mais dont la réalisation est d'une rareté heureusement très grande. La soudaineté des accidents et la gravité des symptômes sont tels que toute intervention dans ce cas est impossible et illusoire.

La variété *pseudo-phlegmon* par contre, ne présente pas le même degré de gravité, elle est susceptible d'un traitement rationnel et elle s'observe encore assez fréquemment. Jusqu'à présent elle fut toujours confondue avec le phlegmon du ligament large à type supérieur, car elle présente avec lui, à plusieurs points de vue, des grandes analogies que nous aurons l'occasion d'examiner dans un chapitre prochain.

Toutefois quelques considérations sont ici nécessaires pour fixer la différence pathogénique de ces deux affections.

Il est accepté actuellement que l'infection utérine se propageant par l'intermédiaire des *lymphatiques périutérins* peut enflammer le tissu cellulaire du ligament large; et cette inflammation gagnant de proche en proche le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi abdominale, constitue ce qu'on appelle le phlegmon du ligament large à type supérieur.

Or, dans notre pseudo-phlegmon l'infection se propage *par voie muqueuse* non pas au tissu cellulaire, mais au péritoine lui-même; il s'en suit une véritable péritonite localisée d'origine salpingienne et dans une situation iliaque; que le tissu sous-péritonéal de la paroi s'enflamme maintenant secondairement, et nous

aurons une confusion encore plus grande avec l'affection qui précède.

C'est ce que Terrillon entrevit déjà en 1889, en acceptant la formation d'une collection suppurée abdominale d'origine annexielle avec formation de *plastron abdominal* qui était jusqu'alors pathognomonique du phlegmon du ligament large.

Il serait intéressant aussi de rechercher si, en dehors des différences anatomopathologiques et pathogéniques que nous venons de voir, il n'existerait pas aussi une diversité microbienne pour chacune de ces deux affections. Le gonocoque se propageant uniquement par la voie muqueuse, et le streptocoque empruntant surtout la voie lymphatique, il se pourrait, d'après ce que nous avons exposé plus haut, que chacun de ces deux microbes, soit l'agent primilif, sinon exclusif, de ce que nous avons appelé faux et vrai phlegmon.

Malheureusement l'examen bactériologique faisant défaut dans nos différentes observations, nous ne pouvons qu'émettre là une simple hypothèse.

Quoi qu'il en soit, le pseudo-phlegmon du ligament large existe réellement, et les observations que nous publions plus loin sont suffisantes pour nous édifier à ce sujet.

Nous y voyons les accidents surgir après l'accouchement comme dans le phlegmon vrai, mais l'opération qui fut pratiquée dans ces cas nous montra un abcès enkysté siégeant dans la fosse iliaque au-dessus du ligament de Poupart, et flottant au milieu de cet abcès, la trompe elle-même libre d'adhérences et dont le pavillon était béant.

§ III

Nous avons vu dans le paragraphe précédent le mode de propagation de l'infection à la trompe et la façon dont le processus inflammatoire aboutit à la formation des adhérences. Dans le premier chapitre nous avons décrit les circonstances pendant lesquelles la trompe se trouve dans une position élevée. Nous avons vu ailleurs, que pour que la salpingite haute se constitue, il faut l'existence simultanée de ces deux états, c'est-à-dire de la situation élevée et du processus adhésif.

Il ne nous reste par conséquent maintenant qu'à coordonner ces deux conditions et rechercher les maladies ou les états dans lesquelles elles se trouvent réunies. L'état puerpéral consécutif à un avortement ou à un accouchement répond précisément à ces deux conditions.

La trompe, en effet, à ce moment est située hors du petit bassin comme nous l'avons déjà vu, et d'autre part tout le monde est d'accord pour reconnaître que, dans l'immense majorité des cas, la fausse couche et l'accouchement sont les points de départ des inflammations pelviennes.

L'infection de l'utérus et des annexes se produit très facilement chez la femme pendant les suites des couches. L'état particulier, en effet, dans lequel se trouve l'utérus à ce moment, l'ouverture de ses vaisseaux sanguins et lymphatiques, son état sanieux et l'excellent milieu de culture que constituent les lochies, le mettent dans

un état de réceptivité particulière, en créant un terrain de moindre résistance, une sorte de porte d'entrée à l'infection.

D'autre part, la grande fréquence des salpingites qu'on observe dans les accouchements ou avortements non septiques, s'explique en effet facilement par la destruction de l'épithélium protecteur de la paroi tubaire après l'accouchement.

Les microbes qui se trouvent en ce moment dans la cavité extérieure profitent en effet de cette sorte de plaie tubaire pour envahir la trompe et constituer les différents degrés de l'inflammation de cet organe.

D'autre part, l'infection survenant pendant la puerpéralité joue un double rôle pour la salpingite haute.

Non seulement elle provoque l'inflammation adhésive et la salpingite elle même, mais encore elle favorise la situation haute de la trompe en arrêtant l'involution utérine comme nous l'avons déjà vu.

On se demanderait maintenant, étant donné le grand nombre des salpingites post-abortum et post-partum, pourquoi la situation haute ne s'observe pas beaucoup plus souvent.

Cela peut tenir à plusieurs raisons : d'abord l'infection puerpréale peut survenir un peu tard, après l'involution utérine, alors que les trompes ont réintégré le petit bassin et dans ces conditions une salpingite haute ne peut pas se constituer.

Dans un second cas, le processus inflammatoire peut ne pas atteindre le péritoine ; il s'en suivra une absence d'adhérences et comme conséquence, impossibilité pour la trompe de se maintenir haute.

En troisième lieu enfin, et en admettant l'inflammation et la fixation anormale, il se peut qu'il se fasse une sorte de résolution du travail exsudatif et adhésif (survenant après une première atteinte très modérée passée inaperçue), ainsi que des observations récentes et notamment le travail de Horace Wetherelle permettent de le supposer.

En terminant ces quelques considérations pathogéniques, nous tenons à signaler, que la puerpéralité n'est pas l'exclusive raison de la formation de la salpingite haute.

Il y a aussi d'autres circonstances étrangères à l'accouchement et à l'avortement où cette situation haute de la trompe peut se réaliser, c'est ainsi que les déplacements de l'ovaire dans le cas de kyste de cet organe, ou bien l'augmentation du volume de l'utérus dans ses différents états pathologiques peuvent aussi déterminer un déplacement élevé de la trompe, qui peut également s'enflammer pour des causes autres que l'infection post-abortive ou post-partum, et se fixer ainsi dans une situation élevée.

Dans l'observation XV la fixation haute s'opéra très vraisemblablement au sixième mois d'une grossesse, mais la salpingite survenue plus tard, était due à une infection colibacillaire venue de l'appendice qui adhérerait aux annexes.

Mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels, qui, vu la fréquence relative des salpingites hautes liées à la grossesse et à la puerpéralité, ne rentrent que pour une part tout à fait minime, presque négligeable, dans la pathogénie de l'affection.

CHAPITRE III

Symptômes et diagnostic

Tous les traités spéciaux décrivent avec détails les signes de la salpingite ordinaire. Mais ce que nous devons démontrer dans cette étude, c'est la difficulté, créée par la situation haute, de retrouver, de reconnaître ces signes qui, en toute autre circonstance, permettent d'arriver en général assez facilement au diagnostic de l'affection.

Les différents degrés de l'inflammation salpingienne en général et leurs divers signes subjectifs se retrouvent aussi dans cette variété. Mais le trait principal qui l'en différencie, c'est la situation anormalement haute et les conséquences qui en découlent.

On peut être appelé à poser le diagnostic de *salpingite haute* dans des conditions très variées.

Nous basant sur les considérations anatomopathologiques et sur l'évolution clinique habituelle de la salpingite haute, nous croyons pouvoir distinguer deux grands types principaux.

Dans l'un ce sont les symptômes péritonéaux qui prédominent; la trompe n'a servi, pour ainsi dire, que de conduit à l'infection, et les lésions qu'elle

présente, quoique primitives, sont inférieures et pour ainsi dire sous la dépendance de l'inflammation péritonéale.

C'est le *pseudo-phlegmon du ligament large* que nous avons signalé dans le chapitre consacré à la pathogénie.

Dans l'autre type, c'est au contraire la trompe elle-même qui présente le maximum des lésions. Il correspond, à une salpingite fermée par oblitération de l'orifice abdominal, à la formation d'une poche intra-tubaire ; dans ce type, l'inflammation péritonéale se limite à sa forme adhésive, à la constitution d'adhérences fixatrices.

C'est la *salpingite haute enkystée*.

Ces deux grands types cliniques, nous allons les étudier séparément, et nous tâcherons, à propos de chacun d'eux, d'examiner les différentes maladies qui s'en rapprochent ou qui peuvent les simuler.

La salpingite haute, en effet, par sa situation anormalement élevée, donne lieu à des confusions avec d'autres lésions, dont le siège se trouve être, normalement, le même. Il s'en suit une très grande difficulté pour le diagnostic différentiel, et s'il y a des cas où celui-ci est encore facile ou possible, il y en a, par contre, d'autres dont la différenciation est extrêmement difficile, sinon tout à fait impossible.

PSEUDO-PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE A TYPE SUPÉRIEUR

D'après les observations que nous publions plus loin, les symptômes que cette variété nous offre à

étudier, sont loin de présenter toujours une évolution identique.

Il en est aussi ici, comme dans toute affection des organes génitaux de la femme, dont la continuité et la contiguïté favorisent l'infection du voisinage et peuvent provoquer une symptomatologie compliquée, en rapport avec les différentes parties lésées.

En général, et dans un cas supposé typique, voici comment les choses peuvent se passer : Après un accouchement ou un avortement septique, la malade a de la peine à se remonter ; elle accuse un peu de fièvre, des légers frissons, de l'anorexie, quelques vagues douleurs dans le bas-ventre, elle maigrit, elle s'anémie, et présente en un mot un assemblage de signes qui dénote le début d'une infection.

Cet état, intermédiaire, prodromique, dure habituellement de une à trois semaines, au bout desquelles les douleurs, de lentes et insidieuses qu'elles étaient, deviennent de plus en plus violentes, paroxystiques, et acquièrent bientôt une grande acuité, en même temps qu'elles se localisent dans l'une des fosses iliaques. La fièvre augmente d'intensité, et soit d'une façon progressive, soit dans une ascension brusque, atteint et dépasse même parfois 40°. Le pouls est en rapport, en général, avec la température.

Mais le signe le plus important de l'affection, c'est une tuméfaction qui fait petit à petit son apparition dans l'une des fosses iliaque.

A la palpation de cette région on aperçoit, en effet, bientôt une masse de forme et de volume variable, très douloureuse, indépendante de l'utérus, *très dure*,

en plaque, comparable au *plastron abdominal* décrit dans le phlegmon du ligament large à type supérieur.

Au centre de cette tumeur, on sentait dans l'une de nos observations, un point plus saillant et plus douloureux, lequel correspondait sans doute à l'extrémité de la trompe.

La tumeur est difficilement atteinte par le toucher vaginal seul ; le cul-de-sac correspondant est libre et même un peu remonté en haut ; on n'y remarque, au début, qu'une légère douleur à la pression qui ira en augmentant par la suite. Ce n'est que dans un temps plus avancé que la tumeur par l'augmentation de son volume, pourra gagner le cul-de-sac, y faire saillie et même le remplir. Le toucher combiné au palper indiqueront dans ce cas la continuité et l'unité de la tumeur.

Lés symptômes aigus que nous venons de décrire peuvent augmenter encore d'intensité et, sous la menace d'accidents péritonéaux graves, nécessiter une intervention d'urgence.

Dans d'autres cas, au contraire, il se fait une sorte d'amendement de ces symptômes ; la fièvre et la douleur diminuent, l'état général s'améliore un peu, et la phase aiguë de la maladie fait place à un état chronique. Dans ce cas le pus de la collection devient de plus en plus aseptique et avec le temps, il pourra faire irruption à l'extérieur soit à travers la paroi abdominale, soit par le vagin, soit par l'intestin, si, bien entendu, une intervention *à froid* ne vient l'y soustraire.

L'ensemble des symptômes que nous venons de décrire donne au pseudo-phlegmon du ligament large

une allure clinique particulière qui permet, dans la plupart des cas, d'en faire le diagnostic.

C'est ainsi que la tuméfaction précédée de fièvre et des frissons, nous fera éliminer d'emblée toutes les *tumeurs de la sphère génitale* à évolution lente et apyrétique, telle que kyste, fibrome, etc., qui pourront avoir pour siège la même région.

L'abcès de la paroi abdominale et les *abcès par congestion* pointant dans cette région, seront facilement mis de côté, en se basant sur le début, l'évolution de la lésion les signes généraux, et le toucher vaginal.

Avec l'*abcès d'origine appendiculaire* siégeant dans la fosse iliaque, la confusion est plus facile. Le début des accidents survenant après un accouchement ou un avortement sera en faveur du pseudo-phlegmon ; tandis qu'une analyse minutieuse des antécédents personnels de la malade, nous décèlera dans le cas d'appendicite, des troubles intestinaux et des crises douloureuses antérieures.

Les collections appendiculaires sont en général plus volumineuses et présentent plus facilement des prolongements variables ; tandis que le pseudo-phlegmon est plus limité et mieux délimité par le palper combiné au toucher.

D'autre part les symptômes péritonéaux dans l'appendicite peuvent porter à un degré qu'on n'observe pas, en général, dans le pseudo-phlegmon ; et la localisation de la douleur au niveau du point de Mac-Burney est presque pathognomonique de l'infection appendiculaire. Bien entendu, et il nous a semblé inutile de

le signaler; la confusion n'est guère possible lorsque le pseudo-phlegmon siège du côté gauche. Dans ce cas, les abcès sigmoïdiens pourraient induire en erreur.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de l'abcès appendiculaire avec le pseudo-phlegmon n'a plus une très grande importance lorsque la tumeur est bien établie, car cela n'est plus qu'un abcès à ouvrir. Nous insistons davantage par contre sur la différenciation de l'appendicite avec la salpingite haute enkystée, car dans ce cas la voie d'intervention et le mode opératoire ont une importance capitale.

Le diagnostic avec la *psoitis* présente aussi des difficultés. Nous n'avons en vue ici que la *psoitis* d'origine puerpérale, car celle qui est consécutive à un traumatisme ou une maladie infectieuse en dehors du puerpère est, en général, facile à diagnostiquer.

Par contre, la *psoitis* puerpérale présente des nombreuses analogies avec le pseudo-phlegmon. Elle débute dans la puerpéralité avec des signes généraux communs aux suppurations pelviennes; elle présente un abcès qui peut se localiser dans la fosse iliaque avec maximum de douleurs à ce niveau. Mais les caractères de cette douleur, qui s'irradie habituellement vers les lombes et est exaspérée par les mouvements de la cuisse; ainsi que l'attitude pathognomonique que le membre du côté malade prend pour immobiliser le psoas dans le relâchement, sont suffisants pour enlever tous les doutes.

La *phlébite de la partie supérieure de l'utéro-ovarienne* s'en différencie par la dureté ligneuse que la main exploratrice éprouve, par la brusquerie de son

apparition et surtout de sa disparition, ainsi que par son plateau thermique élevé et presque exempt de toute oscillation.

Avec le *phlegmon du ligament large à type supérieur* le diagnostic présente des difficultés presque insurmontables. La confusion entre les deux affections, est, non pas possible, mais à peu près fatale. Dans l'un comme dans l'autre cas les accidents surviennent après un accouchement ou un avortement infectés. Ils débuent de la même façon insidieuse, par des douleurs ayant la même localisation, et provoquent une tuméfaction à siège iliaque, dont les caractères sont identiques.

Très peu nombreux sont les signes qui peuvent différencier les deux lésions.

En faveur du pseudo-phlegmon, il faut signaler le point saillant et douloureux que nous avons observé au milieu de la masse iliaque et qui correspondait à la trompe enflammée. Sa découverte peut constituer un signe distinctif d'une grande importance. Malheureusement il est inconstant.

Dans le phlegmon vrai il y a un empâtement précoce, diffus, du ligament large, et la tuméfaction abdominale étant consécutive à l'inflammation de ce ligament n'apparaît que d'une façon un peu tardive, secondaire. L'utérus est aussi accolé à la collection, il paraît fixe, immobile, ce qui ne s'observe pas dans le pseudo-phlegmon.

Si le *plastron abdominal*, c'est-à-dire l'induration de matité abdominale, est un signe commun aux deux maladies à un moment avancé de leur évolution, il n'en est pas moins vrai que dans certains cas, et sur-

tout *au début*, l'examen des caractères de cette induration peut nous être d'un précieux secours pour la différenciation de deux affections. C'est ainsi que dans le vrai phlegmon, l'induration fait son apparition sous forme d'une bande étroite, parallèle à l'arcade de Fallope et immédiatement au-dessus d'elle. Ce n'est que progressivement que cette bande étroite s'élargira en remontant dans la fosse iliaque, au fur et à mesure que l'abcès lui-même envahira de proche en proche une plus grande partie du tissu cellulaire péritonéal.

Dans le pseudo-phlegmon par contre, l'induration est plus profonde, à son début tout au moins, sa forme est irrégulière, plutôt arrondie, dessinant pour ainsi dire sur la paroi, l'abcès *péritonéal enkysté* qui l'occasionne.

Son siège anatomique précis dépend de la situation du pavillon de la trompe au moment de l'infection. Mais ce siège se trouve être habituellement le centre de la fosse iliaque.

Mais tous ces signes distinctifs n'ont pas une grande importance et ne reposent pour ainsi dire que sur des nuances. Ils sont absorbés par les grands symptômes généraux et locaux que nous avons décrits et qui sont les mêmes pour les deux affections. C'est cette similitude des symptômes, d'ailleurs, qui a fait méconnaître jusqu'à présent le pseudo-phlegmon, et sans aller jusqu'à nier, comme beaucoup d'auteurs le font, l'existence du vrai phlegmon, nous sommes persuadés qu'un très grand nombre de soit-disant phlegmons du ligament large à type supérieur, ne sont que des

salpingites hautes du type clinique que nous venons d'étudier.

Nous partageons en cela l'opinion de M. Villard qui dans la communication déjà citée, s'exprimait ainsi : « Les salpingites hautes sont probablement plus fréquentes qu'on ne le croit et je suis persuadé que nombre de soi-disant phlegmons du ligament large à type supérieur ne sont que des infections venues de la trompe anormalement fixée dans une situation élevée. »

SALPINGITE HAUTE ENKYSTÉE

Nous ne nous occuperons ici que des salpingites hautes post-puerpérales, laissant de côté tout ce qui n'est pas en rapport avec la puerpéralité, ainsi que nous l'avons déjà dit, chemin faisant.

La marche clinique de cette variété présente de grandes analogies avec l'évolution habituelle des salpingites ordinaires. Dans l'un comme dans l'autre cas, il y a similitude de certaines causes occasionnelles et prédisposantes et l'effet produit ne peut manquer dans ces cas que d'être identique. La seule distinction qui existe réside dans la situation haute de la lésion.

L'infection produit d'abord, immédiatement ou dans les premiers jours qui suivent la puerpéralité, une première atteinte à laquelle participent à des degrés différents, plusieurs parties de la sphère génitale. Fièvre plus ou moins importante, frissons, pouls rapide, malaise général, douleurs variables d'intensité, lochies fétides, sont les signes qui indiquent habituellement ce processus infectieux.

•

Au bout d'un temps plus ou moins long, les accidents utérins rétrogradent, quelquefois sous l'influence d'un traitement approprié ; tandis que l'inflammation tubaire ne pouvant être traitée avec la même efficacité, aboutit à une lésion salpingienne dont le premier stade se traduit par des signes péritonéaux plus ou moins légers, et qui sont l'expression, la manifestation clinique de l'inflammation du péritoine, de la constitution des adhérences et de la fixation de la trompe.

Le début de la salpingite haute affecte deux modalités différentes. Quelquefois il est brusque, aigu, et les lésions définitives sont constituées dans un laps de temps court et très rapproché de l'accouchement ou de l'avortement.

D'autres fois par contre ce début est lent, insidieux, peu bruyant, et il passe un temps quelquefois très long avant que les lésions arrivent à leur constitution définitive.

La douleur vague au début, continue, avec élancements, se localise bientôt dans la ou les fosses iliaques suivant que la lésion est unie ou bilatérale.

La marche, la station debout, les secousses les mouvements de toute nature exagèrent cette douleur qui n'est calmée que par le repos et le décubitus horizontal. Parfois il se produit une exaspération brusque et la douleur est portée à son maximum ; c'est la crise ou colique salpingienne.

La menstruation influe sur les symptômes douloureux d'une façon variable ; tantôt ceux-ci sont calmés par l'apparition des règles, d'autres fois au contraire ils sont exaspérés et peuvent même être brusquement réveillés.

La douleur est aussi réveillée d'une façon presque constante par la pression exercée dans la région de la fosse iliaque.

La palpation abdominale nous révèle en même temps, l'existence dans cette région d'une tumeur de volume variable. Cette masse douloureuse, siège toujours au-dessus du ligament de Fallope, en dehors de la cavité pelvienne et quelquefois à deux ou trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. C'est là un symptôme dominant et essentiel de la salpingite haute.

Par le toucher vaginal on se rend compte que l'utérus est en général en situation normale, non douloureux ; quelquefois cependant il est rejeté à droite ou à gauche par la tumeur, alors trop volumineuse ; d'autres fois aussi, le col est mou, douloureux, entr'ouvert, indiquant un léger degré d'inflammation intra-utérine.

Le cul-de-sac postérieur est libre, à moins qu'il y ait concomitance de salpingite haute d'un côté et basse de l'autre (Observ. VIII).

Les culs-de-sacs latéraux, sont également libres ; le doigt n'éprouve aucune sensation anormale et ce n'est que lorsque l'autre main appuyant dans la fosse iliaque abaisse la tumeur, que celle-ci pourra être perceptible par le doigt explorateur. Le toucher est alors douloureux et on peut, en s'aidant toujours du palper, se rendre aisément compte de la situation intratubaire de la collection et de ses connexions avec les parties avoisinantes, notamment avec la face profonde de la paroi abdominale.

Le siège de la tumeur se trouve, nous l'avons dit,

dans la fosse iliaque ; c'est là une disposition générale mais non exclusive. On peut le rencontrer aussi au-dessus du pubis, de chaque côté de la ligne médiane, ou bien encore au niveau du canal inguinal à l'intérieur d'un sac herniaire (Obs. IX). La tumeur se trouve aussi plus ou moins profondément située ; quelquefois la main qui palpe doit appuyer profondément pour en apercevoir l'indication, d'autre fois, au contraire, il existe une tuméfaction presque superficielle accolée à la paroi abdominale avec laquelle elle semble faire corps.

L'évolution de la maladie diffère suivant les cas.

Parfois les phénomènes du début acquièrent une grande intensité et la lésion définitive de la trompe se constitue assez rapidement.

D'autre fois, l'évolution est plus lente et on remarque même le plus souvent, une indolence relative qui est peu en rapport avec l'importance des lésions.

Le pyosalpinx se forme d'une façon lente et insidieuse et dans un temps quelquefois très éloigné du début de l'affection. Il existe enfin une troisième modalité dans laquelle, à la poussée aiguë du début succède petit à petit une accalmie : la fièvre disparaît, les phénomènes douloureux diminuent graduellement, l'appétit revient et la malade se croyant guérie, peut enfin vaquer à ses occupations.

Cet état, relativement bon, peut durer plusieurs mois et même plusieurs années ; mais il arrive un moment où sous l'influence d'une congestion pelvienne ou bien d'une nouvelle infection, survient une seconde poussée inflammatoire vers cette trompe qui a déjà subi

une première atteinte et dont les lésions persistent encore en partie. Il se formera dans ce cas une salpingite nouvelle greffée sur les lésions antérieures de la trompe, lésions qui furent plus importantes pour la constitution de la variété haute, car ce sont elles qui la fixèrent, au début, en situation élevée.

La salpingite haute enkystée ne se présente pas toujours sous un aspect simple. Très souvent sous l'influence des poussées inflammatoires successives les organes voisins sont atteints à leur tour, et une formation de fausses membranes réunit, dans un magma inflammatoire, la trompe, l'ovaire, le péritoine pariétal, l'utérus et quelquefois l'appendice et les anses intestinales. La palpation et le toucher révèlent dans ce cas une induration diffuse où il est impossible de rien distinguer, et d'attribuer à chaque organe la part qui lui revient.

D'autres fois, la trompe par sa situation, se trouvant en rapport très intime avec l'appendice, communique à ce dernier son inflammation. Il s'en suit une appendicite qui vient compliquer la salpingite et qui est occasionné par elle.

Bernex de Bordeaux étudia dernièrement dans sa thèse (1905), cette complication appendiculaire dans les salpingites en général.

La terminaison de la salpingite haute enkystée est celle habituelle du pyosalpinx ordinaire.

Comme pour ce dernier on observe des cas où si l'on n'intervient pas, la malade devient à la longue *une invalide*, elle se cachectise et présente ainsi un terrain particulièrement favorable aux infections secondaires et surtout à la tuberculose.

Quelquefois, il se produit dans une organe voisin (intestin, vessie) une ouverture spontanée donnant issue au pus et devenant le point de départ de l'établissement d'une fistule.

Il existe enfin là aussi des cas, et nous en rapportons un dans nos observations, où la guérison survient spontanément par évacuation au dehors de la collection salpingienne, à travers l'ostium utérinum, l'utérus et le vagin.

Pour compléter l'étude de la salpingite haute enkystée, il ne nous reste maintenant qu'à passer en revue les différentes maladies avec lesquelles cette affection peut se confondre et montrer dans chaque cas les signes distinctifs les plus importants.

Certains *fibromes* petits, pédiculés, provenant des parois latérales de l'utérus ou du ligament large, peuvent occuper la même situation que la salpingite haute et donner lieu à une certaine confusion avec cette affection.

Cette confusion serait même plus grande si on se trouvait en présence d'un de ces petits fibromes à pédicule tordu. La douleur qui résulte de cette complication pourra en imposer, jusqu'à certain point, pour une douleur salpingienne. Ce qui fera le diagnostic dans ce cas ce sont d'abord les caractères de la tumeur qui est dure, plus régulière, dépendante de l'utérus qu'elle accompagne dans ses mouvements, et d'autre part l'absence des phénomènes péritonéaux, le bon état général et la nature de la douleur elle-même qui est bien moins forte dans le fibrome tordu.

Certains *hystes du ligament large et de l'ovaire*

peuvent donner aussi une sensation semblable à celle que donne une salpingite haute, lorsqu'ils sont accompagnés surtout d'élançements douloureux par compression nerveuse ; mais la tumeur qu'ils forment est régulière, arrondie, sans bosselure et surtout nettement fluctuante. Au contraire la différenciation avec *un kyste de l'ovaire à pédicule tordu* peut être moins aisée. Le diagnostic se fera par l'histoire de la maladie, par son évolution et par l'absence complète de fièvre dans le cas de kyste tordu, qui est supposé bien entendu non enflammé. Car dans ce dernier cas, c'est-à-dire, lorsque aux caractères habituels du kyste s'ajoutent les symptômes de la suppuration, le diagnostic avec la salpingite haute enkystée est des plus difficiles et l'une des lésions peut facilement être prise pour l'autre. L'erreur fut commise et par des chirurgiens de la plus haute valeur.

Ainsi Trelat et Terrier publièrent en 1886 dans la *Revue de Chirurgie*, le cas d'une femme qui se plaignait depuis deux ans de douleurs abdominales siégeant dans la fosse iliaque gauche. Au palper de cette région on sentait une tumeur ayant les dimensions d'une pomme reinette, très mobile et paraissant pédiculée. Ils pratiquèrent une ponction qui donna issue à 350 gr. de pus stérile. Des poussées inflammatoires s'ensuivirent sous l'influence desquelles la tumeur augmenta de volume et remonta en haut jusqu'au niveau de l'ombilic. Elle était située sous la paroi abdominale qui glissait à sa surface sans frottement. Le corps de l'utérus adhérait à gauche à la tumeur d'une façon très nette.

A ce moment le diagnostic formulé était de kyste dermoïde suppuré ; accidents de pelvi-péritonite autour du kyste.

L'opération, pratiquée par Trelat assisté de Terrier, montra une tumeur, longue de 7 centimètres et haute de 4, formée par une poche à paroi épaisse, remplie de pus, et qui n'était autre que la trompe dilatée. Il s'agissait d'un pyosalpinx à siège élevé.

La grossesse extra-utérine au début ou plutôt le kyste foetal, peut aussi présenter des analogies symptomatiques avec la salpingite haute. Dans celle-ci cependant, les règles persistent en général, et de plus il n'y a pas des phénomènes d'intoxication dus à la grossesse, ni de phénomènes de ramollissement et d'hypertrophie du côté de l'utérus.

Dans la grossesse extra-utérine les règles sont habituellement, mais pas toujours, supprimées, la fièvre manque ; il y a absence de phénomènes infectieux antérieurs, et souvent il se produit le rejet par l'utérus d'une membrane caduque.

Ces signes sont en général suffisants pour établir le diagnostic ; des erreurs néanmoins furent commises, et nous rapportons plus loin, une observation dans laquelle un pyosalpinx à siège élevé fut pris pour une grossesse extra-utérine.

Le rein mobile provoque parfois des douleurs violentes, de véritables crises, avec faciès grippé, lipothymie et vomissements. Si en même temps le rein se trouve déplacé dans une des fosses iliaques, on trouvera dans cette région une tumeur douloureuse qu'on peut confondre avec une salpingite haute. Un signe important,

pathognomonique du rein mobile, c'est sa réductibilité dans la fosse lombaire, c'est cet échappement brusque qu'on éprouve en le palpant. Malheureusement ce signe peut faire défaut; car le rein déplacé contracte, quelquefois avec le temps, des adhérences avec les organes voisins, dans ce cas les autres caractères de la tumeur, sa forme, l'absence de fièvre et les signes de neurasthénie qui accompagnent presque toujours le rein mobile, sont plus que suffisants pour établir le diagnostic.

Avec l'appendicite le diagnostic est plus délicat à faire, en même temps qu'il présente une importance toute particulière.

Une erreur peut nous conduire à un mode d'intervention qui n'est pas indiqué par la véritable nature de la lésion, et nous exposer ainsi à des difficultés opératoires. Une laparotomie latérale est par exemple en effet suffisante dans l'appendicite, tandis qu'elle est tout à fait insuffisante dans le cas de salpingite haute, pour laquelle la laparotomie médiane est de rigueur.

On s'est beaucoup occupé dernièrement de la confusion possible entre une salpingite et une appendicite à forme pelvienne. De nombreuses observations furent publiées un peu partout et Dormoy de Lyon insista sur ce point dans sa thèse inaugurale. Mais dans tous ces cas l'affection intestinale était habituellement méconnue en faveur de la salpingite et cela se conçoit très aisément à cause du siège bas de la lésion. Dans les salpingites hautes par contre c'est plutôt l'inverse qui se produit; car ce n'est plus l'appendice qui occupe une place anormale, mais la trompe qui se trouve

anormalement haut, vers le siège habituel et normal de l'appendice. Etant donné la grande ressemblance des symptômes de l'appendicite et de la salpingite, on comprend combien dans ce cas le diagnostic est encore plus difficile, puisque leurs signes les plus importants, la douleur et la tumeur, se trouvent avoir comme siège la même région.

Des éléments de différenciation peuvent néanmoins être fournis par un certain nombre de considérations.

C'est ainsi que les commémoratifs ont une grande importance.

Dans la salpingite haute nous trouvons l'infection puerpérale avec un passé génital chargé. Dans l'appendicite au contraire, on trouve dans les antécédents des troubles intestinaux très marqués, et très souvent des poussées antérieures d'appendicite.

Les symptômes généraux sont plus graves dans l'appendicite que dans l'affection salpingienne, les vomissements sont plus précoces et plus répétés, la faciès est plus altéré. La douleur est plus localisée au point de Mac-Burney, et la défense musculaire de la paroi abdominale est plus accentuée dans la douleur appendiculaire.

Pour un certain nombre d'auteurs, une poussée inflammatoire se développant au moment des règles indiquerait plutôt une salpingite. Pour Delagenière la crise de l'appendicite apparaîtrait plutôt, un ou deux jours avant l'écoulement du sang, tandis que la crise salpingienne ne se rencontrerait qu'à la fin des règles. Nous avons vu combien différemment les règles influent sur les douleurs salpingiennes, il nous semble

par conséquent irrationnel de vouloir se baser là-dessus.

Enfin les signes d'une légère métrite concomitante seront en faveur de la salpingite haute, tandis que des troubles intestinaux marqués actuels, plaideront plutôt en faveur de l'appendicite.

Aidés de tous ces signes nous arriverons quelquefois à faire le diagnostic différentiel. Mais parfois celui-ci est tout à fait impossible à établir, surtout si les accidents appendiculaires débutent pendant la puerpéralité ou encore lorsque l'appendicite vient compliquer une salpingite haute.

Le diagnostic en pareil cas ne peut se fonder que sur des nuances, et ainsi que le dit si justement Faure, il ne faut pas demander à la clinique plus qu'elle ne peut donner. Il est des cas dans lesquels il n'est pas possible de poser un diagnostic précis, bien heureux si l'on peut établir les indications opératoires et décider de la conduite à tenir.

Nous verrons, à propos du traitement, de quelle façon nous devons nous comporter dans ces cas incertains où le diagnostic entre l'appendicite et la salpingite haute enkystée, reste en suspens.

CHAPITRE IV

Traitement des Salpingites Hautes

Cette forme de salpingites ne peut pas bénéficier au même titre que les autres du traitement médical. Par sa situation élevée, en effet, la lésion est difficilement influencée par les lavages vaginaux chauds, et les injections rectales de même nature, préconisées avec tant de succès dans les salpingites basses n'ont ici, et on le comprend très aisément, qu'une efficacité moindre. Le traitement médical ne peut pas prétendre à la guérison radicale d'un pseudo-phlegmon ou d'une salpingite haute enkystée.

Néanmoins sous l'influence du repos et des irrigations chaudes et des laxatifs répétés, les phénomènes aigus du début s'apaisent, l'état général de la malade s'améliore un peu, la virulence des lésions s'atténue et le chirurgien peut ainsi opérer dans des conditions infiniment meilleures.

Dans toute maladie dite chirurgicale nous avons, au point de vue du traitement, deux choses à considérer : l'indication opératoire et les modes d'intervention.

Dans les salpingites hautes, les indications opératoires ne paraissent pas différer de celles des salpin-

gites ordinaires suppurées. Il faut comme dans celles-ci se guider sur l'état général des malades et n'intervenir que lorsque malgré le traitement médical les lésions s'aggravent ou restent stationnaires. En règle générale il faut autant que possible éviter d'opérer au cours d'une poussée inflammatoire aiguë et surseoir pendant cette période à toute intervention radicale. N'intervenir dans ce cas que lorsque la gravité des symptômes mettent la malade en danger immédiat.

En ce qui concerne maintenant le mode opératoire, celui-ci diffère suivant qu'il s'agit de la variété clinique dénommée pseudo-phlegmon ou bien d'une véritable salpingite haute enkystée.

Dans le premier cas lorsque l'abcès paraît bien délimité et que le toucher vaginal nous renseigne sur l'intégrité des autres organes du petit bassin ; lorsque surtout cet abcès arrive à être très superficiel et bomber pour ainsi dire dans l'une des fosses iliaques ; dans ces cas l'incision abdominale pratiquée à quelques travers de doigt et parallèlement à l'arcade de Fallope, paraît être l'opération de choix. (Observat. I et III). C'est en somme l'ouverture d'une collection suppurée, laquelle, vu l'intégrité relative de la trompe, est dans la majorité des cas, largement suffisante pour guérir et enrayer le processus inflammatoire. Lorsque par contre le pseudo-phlegmon du ligament large se complique d'une inflammation des organes voisins avec lésions multiples, l'incision abdominale simple n'est plus suffisante et il faut recourir alors à la laparotomie médiane : tel est le cas dans notre observ. II.

Pour le traitement chirurgical de la salpingite haute enkystée, deux voies se présentent à nous : la voie haute ou laparotomie sus-pubienne et la voie basse ou vaginale. Nous examinerons l'opportunité de l'une ou de l'autre de ces deux voies suivant que le diagnostic est douteux ou certain.

Dans le premier cas il n'y a pas d'hésitation possible, l'intervention par en haut met seule le chirurgien à l'aise pour préciser un diagnostic, quelquefois impossible à établir cliniquement et, Second lui-même, l'apôtre de la voie vaginale, donne la préférence à la laparotomie chaque fois qu'un diagnostic paraît douteux. C'est par conséquent agir très sagement que d'aller directement s'en rendre compte lorsque le plus léger doute existe soit sur la nature exacte de l'affection, soit sur la coexistence possible d'autres lésions.

Il va sans dire que, toujours dans les cas douteux, nous laisserons de côté l'incision de Roux ou de Jala-guier, et nous nous tiendrons à l'incision médiane qui, seule encore, nous permet d'adapter notre conduite à la nature exacte des lésions que nous pouvons rencontrer — c'est ainsi que, par la voie haute et médiane, nous pouvons opérer avec la même aisance une salpingite haute et une appendicite, tandis qu'une incision latérale nous fera opérer l'appendicite, mais elle nous réservera des difficultés insurmontables, s'il s'agissait d'une salpingite haute enkystée. Dans notre observation VII, cette erreur fut commise, mais on obvia à l'insuffisance de l'incision latérale en prolongeant celle-ci jusqu'à l'épine du pubis, et la transformant en

incision courbe, une sorte de croissant à concavité dirigée en haut et à gauche.

Pouvons-nous maintenant, dans le cas de diagnostic certain, nous servir de la voie vaginale? Sans examiner ici les avantages ou les inconvénients que ce mode d'intervention nous offre dans le traitement des salpingites en général; mais en nous plaçant au seul point de vue de la forme qui nous occupe, nous n'hésitons pas à répondre par la négative. Nous avons vu, en effet, au cours de cette étude, que ce qui caractérise la salpingite haute enkystée, c'est surtout sa situation élevée, en même temps que les adhérences qui fixent la trompe aux anses intestinales, au feuillet pariétal du péritoine et aux autres organes voisins.

Or, cette situation élevée et l'existence de ces adhérences constituent précisément les deux principales contre-indications à l'intervention par la voie vaginale. D'autre part, la laparotomie médiane est la seule voie qui nous permette de faire de la *chirurgie conservatrice raisonnée*. Le temps n'est plus à l'époque où la moindre inflammation était prétexte à une exérèse complète des organes génitaux. On tient maintenant davantage compte de la fonction génitale de la femme, et le rôle de sécrétion interne de l'ovaire connu, on sait mieux se garder des résultats désastreux de la castration bilatérale.

Ainsi la chirurgie gynécologique de Lawson-Tait, de trop radicale qu'elle était, a fait place à présent à des opérations relativement conservatrices, que les résultats obtenus trouvent amplement justifiées.

Laparatomie médiane conservatrice, telle peut être

la formule opératoire dans les salpingites hautes enkystées. Mais cette formule n'est pas toujours facile à réaliser. C'est ainsi que des lésions avancées des trompes nous obligeront parfois à extirper celles-ci, et même à faire l'ablation de l'utérus dans le cas d'altération profonde de cet organe.

Les lésions unilatérales sont justiciables de la simple extirpation des parties malades, et il est irrationnel, dans ces cas, d'enlever l'utérus ou les annexes du côté sain.

Notre devoir est de sauvegarder tous les organes qui sont sains. Mais la difficulté pratique dans toutes les opérations pratiquées sur les trompes est de décider, quels sont les tissus sains et quels sont les tissus malades.

C'est une appréciation qu'on ne peut faire que *de visu* et le chirurgien est seul juge de sa conduite devant une lésion dont il est seul aussi à découvrir et à apprécier la nature. On s'efforcera d'une façon générale à respecter tout ce qui est sain et même à restaurer dans la mesure du possible les parties qui paraissent peu altérées. Nous possédons actuellement un grand nombre des procédés opératoires qui nous permettent d'arriver assez facilement à ce résultat.

Suivant le cas nous pratiquerons « la libération des adhérences, la salpingographie, le cathétérisme de la trompe, la salpingostomie, la salpingectomie partielle ou la salpingectomie totale.

Enfin, si les adhérences sont excessivement étendues, si elles atteignent la plupart des organes abdo-

minaux et qu'il y ait impossibilité de les rompre, nous aurons recours à la marsupialisation de la salpingite haute enkystée (Observ. X).

Et pour résumer maintenant ces quelques considérations thérapeutiques, sur la salpingite haute enkystée, il faut recourir toujours à la laparotomie médiane parce que :

Elle aide à porter et à préciser le diagnostic souvent très difficile à établir cliniquement.

C'est la seule qui permet d'atteindre les lésions haut placées, et de faire de la chirurgie conservatrice raisonnée au cas où elle est possible.

Elle facilite enfin particulièrement le long et laborieux travail du traitement des adhérences, complication inhérente à la salpingite haute.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

M. VILLARD

Pseudo-phlegmon du ligament large
Incision abdominale

A. T..., âgée de 37 ans, entré à l'hôpital de la Charité, le 23 février 1899, à la salle de l'infirmierie, lit n° 21. Pas d'antécédents pathologiques. Six grossesses avec accouchement normal. Pas de fausse couche.

Le dernier accouchement a eu lieu le 30 janvier 1899 à l'Hôtel-Dieu.

La malade n'en est sortie que trois semaines après car elle avait un peu de fièvre.

Depuis cette époque sont survenues insidieusement et lentement des douleurs dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs sont intermittentes, revenant par accès et très violentes. La malade ne s'était pas aperçue avant ces douleurs qu'elle portait une tumeur dans le ventre.

A la palpation qui est douloureuse on délimite une masse de forme allongée, très dure, indépendante de l'utérus, et qui occupe la partie inférieure de la fosse iliaque. On sent au centre de cette masse un point plus saillant et qui est plus douloureux.

Au toucher, col déchiqueté, irrégulier. Le cul-de-sac droit est un peu remonté en haut par la tumeur qu'on atteint difficilement. Température 39°.

Le 24 février on pratique une incision abdominale qui

nous fait pénétrer dans une poche située dans la fosse iliaque, de laquelle s'écoule 180 à 200 grammes de pus jaunâtre, mou, fétide.

Au milieu de cette poche on trouve la trompe libre de toutes parts, sans aucune adhérence avec l'orifice abdominal complètement ouvert. Drainage abdominal.

Le 1^{er} avril la malade part guérie.

OBSERVATION II (inédite)

Infection puerpérale après fausse-couche. Curetage et lavages intra-utérins. — Absès par fixation (térébenthine). — Pseudo-phlegmon gauche du ligament large d'origine salpingienne et péritonéale.

G. J..., âgée de 23 ans, entre le 14 septembre 1904 à l'hôpital de la Croix-Rousse à Lyon, salle Sainte-Catherine, lit n° 6, au service de M. Villard.

Toujours bien réglée.

Une grossesse à 20 ans. Accouchement normal mais pelvipéritonite probable soignée par M. Pollosson à l'Hôtel-Dieu (glace). Bon état général depuis. Règles bien revenues normales. Constipation habituelle. Dernières règles au mois de juin.

Le 19 août perte abondante. La malade dit avoir fait une chute quelques jours auparavant et avoir senti quelque chose dans le côté gauche.

Perte abondante avec gros caillots et quelques débris ressemblant à de la chair.

La malade a perdu ainsi pendant trois semaines. Douleurs dans le ventre. Un peu de fièvre, anorexie. Pas de vomissements.

14 septembre 1904. — La malade entre à l'hôpital. Elle perd encore un peu. Douleurs violentes dans le ventre. Température à 40°5, pouls rapide.

20 septembre. — On fait une injection sous-cutanée de lérébenthine dans la région de l'hypochondre pour provoquer un abcès par fixation.

22 septembre. — Curetage utérin. La température est tombée depuis le curetage aux environs de 38°.

On place dans l'utérus un drain et on fait chaque jour des lavages intra-utérins.

4 août. — L'abcès de fixation s'est bien produit. On l'incise. On continue les lavages intra-utérins.

6 octobre. — Température aux environs de 38°. On cesse les lavages.

Depuis cette époque, la malade souffre encore de temps en temps. La température oscille entre 37°5 et 38°5.

6 novembre. — Depuis quelques jours la malade ne souffre plus.

8 novembre 1904. — Intervention de M. Villard. Anesthésie difficile. — Laparotomie abdominale en position de Trendelenburg. Aussitôt le péritoine incisé, on trouve l'épiploon très divisé qui réunit l'épiploon inférieur à la partie inférieure de l'épiploon qui descend en bas dans l'excavation où il est adhérent. On le prend avec des pinces et on le resèque. Au-dessous le colon pelvien adhérent en avant de la vessie et de l'utérus. On tombe alors sur un magma compact où l'on ne distingue ni l'utérus, ni la vessie ni les annexes. Il y a des adhérences très serrées.

Le cul-de-sac vésico-utérin n'existe plus. La vessie est collée à l'utérus.

On trouve cependant un plan de clivage, le colon pelvien adhérent au fond utérin se laisse détacher.

Le cul-de-sac de Douglas est également comblé par des adhérences très difficiles à rompre pour voir les annexes.

Les annexes droites sont saines. A gauche, on tombe d'abord sur la trompe qui est très épaissie, du volume du petit doigt. Le pavillon bien qu'altéré est encore perméable.

Plus à gauche, on trouve une poche qui est l'ovaire formant une coque remplie de pus. On arrive à libérer ses

adhérences et à l'extraire en entier en le décollant avec les doigts.

On resèque ensuite la trompe gauche. On suture la tranche de la corne utérine, on fait des ligatures sur l'épiploon. On place un Mickulitz dans le cul-de-sac de Douglas, une longue mèche dans un sac de gaze.

En résumé gros foyer de pelvi-péritonite gauche présentant à son centre une salpingite ouverte et un ovaire suppure.

Les lésions remontent jusque dans la fosse iliaque.

15 novembre 1904. — On met une nouvelle mèche.

24 décembre 1904. — La malade va mieux et quitte l'hôpital.

OBSERVATION III

Communiquée par M. le Dr QUÉNU (*in* Thèse Monprofit

Tubo-ovarite avec péritonite simulant un phlegmon du ligament large

Jeune femme de 25 ans, deuxième accouchement au mois de septembre 1887. Quinze jours après est prise de douleurs siégeant dans la fosse iliaque gauche, et d'accès de fièvre; chaque soir température entre 38°, 5 et 39°, 8. Quelquefois le matin apyrexie.

Je suis appelé pour la voir au commencement du mois de novembre. Je trouve une jeune femme pâle, amaigrie, épuisée par des sueurs continuelles et par des alternatives de diarrhée et de constipation.

Examen de l'abdomen. — Le ventre est légèrement ballonné; à gauche, au-dessus du tiers interne du ligament du Fallope et débordant l'épine du pubis en dedans, on trouve une tumeur *en plaque*, dure, douloureuse, s'élevant à quatre ou cinq travers de doigt au dessus de l'arcade.

Toucher vaginal. — Le cul-de-sac gauche est effacé et

rempli par une tumeur douloureuse qui se continue avec la tumeur perçue par le palper abdominal.

Intervention. — La malade est chloroformisée. Je pratique une incision à 2 centimètres au-dessus de l'arcade et parallèle à celle-ci, et incisant couche par couche, je traverse le fascia transversalis et arrive sous le péritoine sans trouver aucune collection purulente; mon doigt décolle le péritoine sans rien trouver; alors pratiquant le toucher vaginal je constate qu'il n'existe sur mes deux index que l'épaisseur de la paroi vaginale. Il n'existe donc rien dans les couches sous-péritonéales. Saisissant alors le péritoine avec deux pinces à disséquer je le déchire. Aussitôt s'écoule environ une cuillerée à soupe de pus, et j'arrive dans une petite poche pouvant contenir un œuf de poule, et au fond de laquelle se trouve le pavillon de la trompe très reconnaissable avec ses franges, et présentant peu d'altération. Immédiatement au-dessous je trouve une autre petite cavité distincte de la précédente, contenant l'ovaire entouré d'environ 20 grammes de pus. Je pratique un lavage antiseptique de la cavité et je place un drain.

La température tombe le soir même et depuis n'a jamais dépassé 37°. Les douleurs disparaissent, l'amélioration est rapide. Je revois la malade au mois de décembre, elle est guérie; il persiste encore une légère induration absolument indolore.

OBSERVATION IV (résumé)

*Un cas de péritonite mortelle d'origine annexielle
chez une accouchée (in Thèse Clenet 06)*

Il s'agit d'une multipare qui accoucha le 42 mai 1905 de son quatrième enfant vivant. En même temps elle fut prise de frisson, d'une forte fièvre atteignant 40°3, et d'accidents péritonéaux très graves.

Le toucher vaginal est pratiqué sous chloroforme dans

le but de rechercher la présence d'une annexite suppurée. Il reste absolument négatif et ne fournit pas de ce côté le moindre renseignement.

Son état s'empira les jours suivants et elle meurt six jours après son accouchement.

Autopsie. — A gauche, dans la fosse iliaque, on tombe sur une petite quantité (environ deux verres à liqueur) de pus concret ayant la consistance de la sauce mayonnaise.

Ce pus est aggloméré autour de l'extrémité externe de la trompe, et il pénètre jusque dans son pavillon à ouverture large.

La trompe gauche, située dans la fosse iliaque, ne présente aucune solution de continuité de sa paroi. On trouve dans sa cavité un magma purulent de la grosseur d'une noisette, présentant les mêmes caractères que le pus extérieur recueilli dans la fosse iliaque.

Il est à noter qu'il n'y a aucune fausse membrane, aucune adhérence autour de la trompe.

Les annexes droites sont normales.

OBSERVATION V (inédite)

Avortement à six mois. — Salpingite droite consécutive en situation haute. — Pas d'intervention.

R. L., âgée de 47 ans, entre le 13 octobre 1904, à l'hôpital de la Croix-Rousse, au service de M. Villard.

Réglée vers l'âge de 13 ans. Pertes abondantes au moment de ses règles. Celles-ci avançaient souvent de 3 à 6 jours. Pertes blanches depuis un an environ. Fausse couche de 6 mois au mois d'août (15 août). L'enfant né vivant est mort au bout d'une heure. Pendant les jours suivants gastro-entérite aiguë.

A souffert du ventre depuis.

Depuis huit jours la malade souffre du bas ventre à droite. Elle est allée à la Charité où on lui a mis un topique. Les

règles sont bien revenues après la fausse-couche. Les pertes blanches très abondantes pendant la grossesse n'ont pas cessé.

Actuellement le malade se plaint du ventre à droite, avec irradiation dans la cuisse droite.

La douleur est vive surtout la nuit causant une insomnie absolue depuis trois jours.

A la palpation, l'utérus est normal, non douloureux.

Un peu à droite de la ligne médiane on détermine de la douleur en palpant un peu profondément et on a, semble-t-il, la sensation d'un empâtement qui est peu étendu et assez limité, dirigé en sens vertical.

Pas de constipation, anorexie, céphalée. Température : 39°5 hier soir, 37°8 ce matin.

Au toucher, utérus un peu augmenté de volume en situation intermédiaire et en partie immobilisé. Col de métrite ; lèvres entr'ouvertes.

Trompe droite dilatée (volume d'un œuf de poule) en *situation haute* anté-utérine, paraissant fixée à la partie profonde de la paroi abdominale, au-dessus du tiers interne de l'arcade de Fallope. Elle est accessible par la simple palpation abdominale. Peu de douleur à l'exploration.

A gauche, annexes paraissant peu malades, en situation normale, peut-être léger degré de salpingite.

19 octobre. La malade va mieux, on remarque sur sa chemise des taches purulentes empesant le linge. Sa collection semble avoir diminué. Il y a probablement eu évacuation spontanée d'une partie de la collection par l'utérus et le vagin.

30 octobre. La malade rentre chez elle. Elle ne souffre plus.

OBSERVATION VI (inédite)

Salpingite double et haute

B. J..., âgée de 25 ans, entrée le 13 février 1905 à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, lit n° 8, au service de M. Villard.

La malade vient à l'hôpital parce qu'elle a été prise brusquement, il y a un mois, de douleurs dans le bas-ventre. Le 10 septembre dernier elle a accouché vingt jours avant terme d'un enfant bien portant ; l'accouchement a été fait au forceps. La malade est sortie de la Charité bien portante quinze jours après. Pendant trois semaines elle se porte bien, puis fut prise de douleurs spontanément dans la fosse iliaque gauche. Le retour des couches (12 décembre) fut très douloureux et un peu abondant, quoique sans hémorragie.

Les règles arrivèrent ensuite (30 janvier) avec 15 jours de retard précédées de grandes douleurs dans les reins ; des douleurs apparurent alors dans la fosse iliaque droite, les règles durèrent quatre jours.

Depuis ce moment la malade très constipée allait très difficilement à la selle et le passage des matières mêlées à du sang était très douloureux. *Au toucher* col légèrement ramolli (enflammé) ; utérus de volume normal en situation antérieure normale, un peu repoussé en avant.

A gauche : volumineuse masse annexielle faisant saillie dans la partie supérieure du cul-de-sac latéral, et adhérente à la face profonde de la paroi abdominale de la fosse iliaque gauche. La main antérieure peut à elle seule percevoir l'indication (salpingite haute).

A droite : annexes augmentées de volume (grosse noix) occupent la partie supérieure du cul-de-sac latéral et plongent dans le cul-de-sac postérieur où la pression est particulièrement douloureuse.

Le 16 février 1905. Laparotomie.

A l'ouverture de la paroi abdominale, les deux trompes apparaissent recourbées en arrière en fer à cheval très haut situées (au dehors du détroit supérieur), et adhérentes aux anses intestinales, englobent une sorte de tumeur kystique d'aspect enflammé, surplombant le cul-de-sac postérieur. Elles sont notablement augmentées de volume. Le pavillon forme une sorte de tumeur du volume d'une

noix remplie de pus très épais. On évacue le liquide du kyste et le pus des trompes à l'aspirateur, après capitonnage de la grande cavité péritonéale ; puis ces dernières sont dégagées de leurs adhérences et extirpées. Les ligatures sur l'utérus relevant des couches sont très pénibles, on parfait cependant l'hémostase et on laisse un Mickulicz abdominal après avoir abattu le tablier épiploïque.

Le 9 mars la température tend à la normale ; la plaie a encore un drain. La malade mange et se meut. Le 16 mars la malade sort en parfait état.

OBSERVATION VII (inédite)

Salpingite haute. Ablation de la trompe par voie abdominale.

D. M... âgée de 23 ans, entrée le 27 mai 1904, à l'hôpital de la Croix-Roussé, salle Sainte-Catherine, lit n° 32, au service de M. Villard.

Réglée à 17 ans, depuis régulièrement. Le 26 novembre 1903, fausse couche.

Depuis métrorrhagies abondantes continuelles, avec caillots. Entre à l'Hôtel-Dieu le 10 décembre 1903, dans le service de M. Pollosson, où on lui incise une collection.

Son entrée aux femmes convalescentes s'effectue le 27 juin 1904. A ce moment pertes verdâtres, fétides mêlées par intermittences, à des pertes rouges.

Douleurs dans la fosse iliaque droite, irradiées vers les reins et la cuisse.

Travail impossible. On sent par la palpation abdominale un plastron induré dans la fosse iliaque droite.

Toucher vaginal. — Rien de particulier.

6 juillet. — Intervention.

Après incision de l'appendicite, un doigt introduit dans la plaie permet de reconnaître qu'on a affaire à une *salpingite haute*. On descend l'incision jusqu'à l'épine du pubis, en formant une sorte de croissant à concavité diri-

gée en haut et à gauche. On décolle la trompe droite des nombreuses adhérences qui la retiennent aux parties voisines, et principalement à l'os iliaque.

Cette trompe a la direction d'un arc de cercle à concavité dirigée en dedans. Son extrémité supérieure relativement mince part de la corne utérine, et son extrémité inférieure bombée et remplie vient tomber dans le cul-de-sac de Douglas. On incise la trompe à son abouchement dans l'utérus. On fait un point de suture sur l'utérus, on extirpe la trompe avec une grosse pince. On fait les sutures péritonéales et de la paroi. On laisse une mèche abdominale. La trompe est surtout remplie à un centimètre du pavillon. A ce niveau existait une poche purulente de la grosseur d'une belle noix qu'on a crevée pendant l'opération.

7 juillet. — Température 38°5. Pansement tout souillé. Pouls 106°.

12 juillet. — Température 39°. Pouls 100. On fait sauter les fils, on ouvre une poche purulente et on met un drain.

18 juillet. Depuis le 12 la température s'est maintenue à 39°.

Jusqu'au 15 le pansement a été souillé tous les jours. A partir du 15 la température tombe en dessous. Aujourd'hui 37. La malade ne souffre pas.

14 août. — Sortie. Plaie cicatrisée. La malade souffre toujours dans le côté droit. Pertes blanches abondantes.

Le 4 février 1905, la malade revient à la consultation pour un eczéma de la région mammaire. Du côté de son ventre, elle accuse un état satisfaisant. Elle a repris complètement ses fonctions de domestique, qu'elle peut accomplir sans aucune douleur. La cicatrice abdominale est solide. Pas d'éventration.

OBSERVATION VIII (inédite)

P. E... 48 ans, entre le 11 octobre 1905, à l'hôpital (Hôtel Dieu), service de M. Villard, salle Gensoul, lit n° 6.

Réglée à 14 ans 1/2, depuis règles régulières.

Il y a 8 mois, elle accoucha d'un enfant et depuis cette époque ses règles n'ont pas reparu. Par contre elle accuse depuis des pertes blanches abondantes.

Il y a trois semaines elle éprouva pendant deux jours une céphalée intense, de la fièvre, un malaise général et des sueurs profuses. En même temps des pertes rouges abondantes qui ont duré 15 jours environ.

Depuis une semaine la malade éprouve une douleur intense siégeant dans la fosse iliaque droite.

A l'examen qui suivit son entrée à l'hôpital, on constate que l'abdomen est ballonné.

A la palpation, on perçoit une masse douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite et située à 3 ou 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Au toucher, cul-de-sac latéral droit libre. Dans le cul-de-sac de Douglas masse volumineuse constituée par les annexes gauches. Pas de constipation. Pas de troubles de la miction.

Traitement, repos, injections chaudes. Roséole en activité. Pas d'intervention.

Le 23 octobre, diminution de la tuméfaction postérieure.

OBSERVATION IX

M. VILLARD, in *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*. — Juillet 1900.

Hernie d'une trompe suppurée.

Femme de 32 ans, entrée à la Charité pour des accidents infectieux post-puerpéraux. Cette malade, mariée à 24 ans, avait eu antérieurement trois enfants actuellement bien portants. Cinq jours après son dernier accouchement, elle venait à l'hôpital dans un état infectieux des plus graves, la vulve était tuméfiée, oedémateuse, d'aspect érysipélateux. Le ventre était ballonné, peu de vomissements pourtant ; les urines contenaient une grande quantité d'albumine. La température oscillait autour de 40°.

Dès son entrée, la malade fut soumise à une désinfection soigneuse de l'utérus ; des lavages furent régulièrement faits, mais sans résultat, la température restait élevée, elle atteint même un jour 41°4. Un abcès de fixation fut à ce moment pratiqué suivant la méthode de M. le professeur Fochier. La situation devint alors moins grave et le 28 mars, c'est-à-dire 20 jours après l'entrée, l'état général s'était un peu amélioré, l'œdème et la rougeur de la vulve avaient disparu, la malade s'alimentait un peu et allait assez régulièrement à la selle ; la température élevée persistait pourtant, indiquant la formation probable d'une collection purulente. L'examen attentif de l'abdomen et des viscères thoraciques ne permit de découvrir aucune localisation ; l'utérus encore volumineux remontait jusqu'au niveau d'une ligne unissant les deux épines iliaques antérieures ; il était fortement incliné à gauche. L'attention fut, à ce moment, attirée par la constatation d'une hernie inguinale gauche. Celle-ci, du volume d'un petit œuf de poule, était spontanément douloureuse, car la douleur s'exagérait surtout par la pression et les efforts de toux ; la tuméfaction était fluctuante et irréductible. Le toucher vaginal me permit alors de constater que l'utérus, basculé à gauche, venait appliquer sa corne gauche contre l'orifice interne du canal inguinal, et il était assez facile, par la palpation bimanuelle, de percevoir le pédicule tubaire, s'engageant dans le canal. J'ai porté, pour ces raisons, le diagnostic de salpingite suppurée, herniée et adhérente. L'élévation de la température, l'état infectieux général, la présence très probable de pus dans le sac herniaire justifiaient une opération qui fut pratiquée le lendemain 19 mars.

Elle vérifia complètement le diagnostic. Aussitôt après l'ouverture du sac, une grande quantité de liquide purulent s'écoula. La trompe flottait dans le pus, elle était œdématiée, augmentée de volume, recouverte d'exsudats, et ses franges, considérablement tuméfiées, étaient rétractées, avec tendance à l'oblitération de la lumière de l'ostium

abdominal. Celui-ci n'était pas encore complètement obli-téré et la pression faisait sourdre à son extrémité un liquide purulent.

Au point de vue fonctionnel, devant l'intégrité de la lumière du conduit tubaire, la trompe aurait peut-être pu être conservée, mais en dehors de ce fait que, dans l'avenir, il était probable que l'oblitération se produirait, je me trouvais dans l'impossibilité de réduire dans le ventre un organe ainsi infecté, j'ai donc été réduit à la réséquer. Les suites de l'intervention furent simples, la température s'abaissa dès lors rapidement et, trois semaines plus tard, cette malade quittait l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION X

M. DELASSUS. — Société des sciences médicales de Lille.

20 Janvier 1904.

Pyosalpinx à siège iliaque.

En septembre dernier, j'ai eu l'occasion d'intervenir, à l'hôpital de la Charité, dans deux cas de pio-salpinx s'éloignant du type classique et affichant une situation nettement iliaque.

Il s'agissait, dans le premier cas, d'une femme de 32 ans environ, qui présentait dans la fosse iliaque droite une masse douloureuse assez irrégulière, qui pouvait facilement en imposer pour une appendicite. Mais d'autre part, aucun passé appendiculaire n'existait chez cette malade, tandis que son passé génital était au contraire fort chargé.

Au toucher, les culs-de-sac étaient libres. L'ovaire droit était sain. Je portai le diagnostic de collection salpingo-ovarienne à siège iliaque, en réservant une coexistence possible de lésions appendiculaires.

L'intervention confirma le diagnostic et présenta de plus un intérêt spécial ; la masse était si bien iliaque qu'elle adhérait étroitement au colon ascendant. Je me trouvais

donc dans l'alternative, ou d'enlever la poche en la désin-sérant, ou de faire une résection variable de l'intestin, ce qui ne laissait pas dans les deux cas de présenter de sérieuses difficultés et une augmentation évidente de la gravité de l'opération. Je pris un moyen terme ; au cours de l'intervention, la poche s'étant légèrement éraillée et une petite fistule s'étant produite, je suturai à la paroi abdominale les bords de cette fissure et y plaçai un drain. Les suites furent très favorables ; à noter que le drain donna peu de liquide. Au bout de deux ou trois mois la poche avait à peu près disparu et l'état de l'opérée restait très satisfaisant.

Cette observation est intéressante en plus de la localisation nettement iliaque, par le procédé opératoire adopté, et qui consiste à marsupialiser la poche purulente dont l'ablation totale présente des difficultés et des risques trop grands.

OBSERVATION XI

(DELASSUS, *loc. cit.*)

Cette seconde observation est à peu près la reproduction exacte de la première, mais avec cette différence que la masse iliaque descendait un peu dans le pelvis et que les ovaires étaient malades.

Le diagnostic en devenait ainsi plus facile, et l'intervention vint pareillement le confirmer.

Les suites furent favorables et les trois premières semaines se passèrent sans encombre. Dans le courant de la quatrième semaine, la malade fut brusquement prise d'hémiplégie, sans qu'aucune pathogénie valable ait pu être invoquée.

La famille l'ayant réclamée quelques jours plus tard, nous n'avons pas eu de renseignements ultérieurs.

OBSERVATION XII

(M. CAMELOT. — Société des Sciences médicales de Lille,
20 janvier 1904.)

J'ai eu l'occasion d'observer une jeune femme qui avait accouché normalement, et dont les suites de couches furent parfaites pendant les trois premières semaines.

Vers la quatrième semaine, elle présenta une élévation subite de la température à 40° et j'assistais, dans la fosse iliaque gauche, à la formation d'un boudin, affectant la forme de la trompe allongée, et bien plus facile à apprécier par le palper bi-manuel que par le toucher vaginal.

La guérison fut obtenue par le traitement médical.

J'ai dû encore, chez d'autres malades, intervenir deux fois pour des pyosalpinx post-partum et j'ai déjà trouvé de même un siège franchement iliaque.

OBSERVATION XIII

Annexite prise pour une appendicite

RICHELOT, in thèse de Leroy, Paris, 1897)

Je reçois à l'hôpital Tenon, une femme de 23 ans, ayant dans la fosse iliaque un foyer nettement inflammatoire, adhérent à la paroi, qu'on a dénommé « pérityphlite » et qu'il semble impossible de confondre avec une tuméfaction des annexes. Il est très haut situé, indépendant de l'utérus; au toucher vaginal, le cul-de-sac est libre et il faut porter le doigt profondément pour arriver à sentir, ou plutôt à soupçonner la partie inférieure du foyer. Du côté gauche il n'y a rien absolument, ni empatement, ni douleur. Le diagnostic d'appendicite ne peut faire aucun doute; il y a du pus, et l'incision latérale est seule indiquée, j'incise la paroi abdominale, dont les couches profondes sont infiltrées

et je tombe au milieu d'adhérences épiploïques, sur une surface qui me paraît appartenir au cœcum et un cylindre contourné que je prend pour l'appendice ; mais en disséquant je m'aperçois que j'ai affaire à la trompe, dont la partie externe dilatée est remplie de pus et dont la moitié interne cylindrique me conduit sur la corne de l'utérus.

Après avoir réséqué ce pyosalpinx, l'utérus mobile se laisse attirer vers la plaie et me montre les annexes gauches libres et saines. Tamponnement léger à la gaze, suture de la plaie, guérison. En somme, j'ai vu là une salpingite suppurée du côté droit, avec intégrité parfaite du côté gauche, ce qui se voit, mais n'est pas ordinaire, et la salpingite était haut située dans la fosse iliaque, au voisinage du flanc droit, tout entière au-dessus du détroit supérieur. Pouvais-je deviner la lésion annexielle ? Sur quelle présomption me serais-je fondé pour ne pas tomber dans l'erreur ?

Cette observation est très intéressante pour le diagnostic, et la situation franchement élevée de la tumeur. Malheureusement le silence dans lequel les antécédents de la malade sont tenus, nous prive de l'élément étiologique et pathogénique.

OBSERVATION XIV (résumée)

DOLERIS. — In *La Gynécologie*, février 1906)

X..., 29 ans, quatre grossesses antérieures normales, cinquième grossesse à terme, le 8 mars 1899, accouchement naturel, enfant vivant.

Le 10 mars, c'est-à-dire deux jours après l'accouchement, fièvre avec gros frisson. Albumine dans les urines, accès éclamptique unique, vomissements verdâtres. La malade accuse des douleurs très vives et de la tension dans la région iliaque gauche, Le 22 survient une évacu-

ation par le vagin d'un liquide puriforme abondant après laquelle la malade se sent un peu mieux de sa région iliaque gauche. Les douleurs persistent et l'état général périlicitant, la malade est examinée sous le chloroforme le 3 avril.

On trouve à *gauche* : « Une tumeur du volume d'une pomme d'api, paraissant bien délimitée, à situation élevée, dépassant l'aire pelvienne, sans exsudats, ni adhérences circonvoisines, dure et nummulaire, sans rénitence ni fluctuation évidente.

« La tumeur fait saillie sous la paroi abdominale, sans lui adhérer et paraît implantée sur la face antéro-latérale gauche de l'utérus. Cette tuméfaction paraît devoir appartenir légitimement aux annexes gauches enflammées dans les premiers jours du post-partum, alors que l'utérus accomplissait son involution et était encore situé dans l'abdomen, ce qui explique d'ailleurs la situation relativement élevée de la tumeur. »

A droite. — Masse volumineuse empâtée, occupant toute la moitié droite du Douglas. « Cette annexité droite paraît postérieure comme début à l'annexité gauche, à cause de la situation basse de la tumeur ».

Opération. — Incision du cul-de-sac postérieur très prolongée, surtout vers la région droite. Ouverture de deux poches purulentes d'ont l'une superficielle et l'autre profonde, lavages antiseptiques, tamponnement.

« Quant à la tumeur du côté gauche, il paraît dangereux de l'aborder par le vagin, étant donné et son isolement dans le péritoine qui la rend très opérable par l'abdomen, et le peu de surface, d'ailleurs très éloignée, qu'elle présente du côté du vagin. De plus l'absence des signes actuels de suppuration fait qu'elle est abandonnée pour une opération ultérieure. »

A la suite de cette première opération l'état général s'améliore un peu mais la malade conserve toujours la fièvre. Une tuméfaction de plus en plus nette se dessine à

gauche. La tumeur paraît avoir sextuplé de volume. Sa limite supérieure affleure presque la ligne ombilicale ; son extrémité inférieure reste éloignée du cul-de-sac vaginal.

25 avril. — Examen sous le chloroforme. En ce qui concerne la tumeur abdominale de gauche, elle forme une masse du volume d'une grosse orange aplatie, commençant à se fusionner avec la paroi péritonéale à sa base, c'est-à-dire dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Petits orifices dans le cul-de-sac vaginal ; le pus avait fusé déjà le 6 avril par des fissures dans le vagin.

2^e opération. — Incision cernant la base du col, en avant, dans le cul-de-sac antérieur et se prolongeant sur tout le cul-de-sac latéral gauche. Séparation digitale de la vessie sur une étendue de 7 à 8 centimètres, en hauteur, jusqu'à la tumeur dont les parois sont très épaisses et dures.

Recherche d'un point sans battement ; pénétration prudente dans la tumeur à l'aide des ciseaux à long manche et à lames courtes, qui sont retirées ouvertes, de façon à agrandir la brèche.

Ecoulement de 2 verres de pus épais, jaune, sans odeur. Lavage, drainage, pansement à la gaze iodoformée.

Le lendemain élévation de la T. à 38°4.

La malade tousse un peu et se plaint d'un point de côté.

28 avril. — La malade se sent beaucoup mieux ; la fièvre est tombée.

De ce jour, la guérison s'effectue régulièrement et toute lésion a disparu au bout de trois semaines.

La guérison s'est maintenue, ainsi que des examens successifs ont permis de le constater ultérieurement.

OBSERVATION XV

A la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et Pédiatrie (séance du 5 octobre 1900), M. Hartman a présenté un cas d'annexite à pédicule tordu, que nous pouvons rattacher d'un côté à la question qui nous occupe.

« Il s'agissait en effet d'accidents salpingiens ayant débuté au sixième mois d'une grossesse qui, néanmoins a évolué jusqu'à terme par un accouchement spontané en novembre 1899. Depuis cette époque, quatre crises douloureuses ayant leur siège dans la fosse iliaque droite.

Laparotomie, pratiquée le 20 septembre 1900, permet de constater une tumeur annexielle à laquelle l'appendice adhérait, dont le contenu était hématique et dont le pédicule formé par le ligament large droit était tordu d'un demi tour, en sens inverse des aiguilles d'une montre.

L'examen bactériologique pratiqué par M. Reymond a montré que les annexes tordues étaient le siège d'une infection par les microbes habituelles de l'intestin. »

L'infection dans ce cas survint au moment où la trompe se trouvait en situation élevée à la suite de la grossesse, ce qui lui a permis de se fixer dans la fosse iliaque et d'évoluer plus tard ayant pour siège cette région. Mais ce qui constitue la particularité de cette observation, c'est la nature de l'agent infectieux qui provoqua la nouvelle annexite. Il s'agissait en effet d'une infection secondaire qui est venue de l'appendice par l'intermédiaire des adhérences qui unissaient ce dernier aux annexes.

OBSERVATION XVI

A l'observation publiée par HARTMANN, nous pouvons rattacher celle publiée par OTTO FALK (*Central Blatt für Gyn.* 1900).

Femme de 28 ans, accouchée deux ans auparavant à terme. Depuis, elle avait été menstruée régulièrement, sauf depuis huit semaines. Deux semaines avant son admission à la clinique, une hémorragie serait survenue et il y aurait eu expulsion d'une peau. L'hémorragie ne s'arrêta pas ; la

malade était très anémique, d'ailleurs température toujours normale, fonctions intestinales régulières. Utérus mou, augmenté de volume. A droite, en continuité avec l'angle tubaire droit, tumeur résistante, un peu sensible à la pression, cylindrique, grosse comme une tête d'adulte. Comme après deux semaines d'observation, l'hémorragie continuait et que, de plus, la tumeur située dans la moitié droite du bassin paraissait plutôt augmenter, on posa le diagnostic de grossesse extra-utérine et la laparotomie fut faite. Elle permit de constater qu'il s'agissait en réalité d'un pyosalpinx intimement adhérent à un appendice épaissi par l'infiltration inflammatoire de ses parois.

L'appendice altéré, friable, fut enlevé. Il est à noter que jamais la femme n'aurait eu des troubles intestinaux ni d'élévation thermique.

OBSERVATION XVII

(In Thèse Popp)

Salpingo-ovarite suppurée

Rose A., 24 ans, sans profession, entre à l'hôpital du Tondu le 14 février 1905. Antécédents héréditaires : rien à signaler. Antécédents personnels : premières règles à 14 ans, douloureuses, abondantes, d'une durée de huit à dix jours. Pertes blanches dans leur intervalle, surtout depuis un accouchement qui remonte à deux ans. La grossesse fut normale, l'accouchement à terme, sans complication. Elle se leva après une semaine. Pas de fausse couche.

Histoire de la maladie. — Depuis son accouchement, la malade a des règles très irrégulières, très douloureuses ; elle souffre du bas-ventre et de la fosse iliaque droite. En décembre 1904, elle dut s'aliter, les symptômes douloureux s'étant considérablement accrus. Elle perdit du sang abondamment et eut de la fièvre. Elle entre à l'hôpital le 14 février 1905.

Examen de la malade. — Femme pâle, amaigrie, palper douloureux dans tout l'abdomen, *mais surtout au niveau de la fosse iliaque droite*; défense musculaire. Au toucher, on trouve une masse assez volumineuse, empâtée *remontant dans la fosse iliaque droite et étalée en plastron sur la ligne médiane, au-dessus de la symphyse pubienne*. Empâtement diffus du cul-de-sac latéral gauche.

La malade est mise au repos complet, avec la glace sur le ventre, jusqu'au 20 février, l'état demeure stationnaire; douleurs très vives, fièvre, alternatives de constipation et de diarrhée.

Du 20 février au 12 mars, l'état s'améliore; les règles, devenues très abondantes le 25, amènent une rémission sensible.

Le 30 mars on constate au toucher, dans la fosse iliaque droite, une tumeur allongée dans le sens horizontal, du volume d'un œuf, très sensible, accolée à l'utérus, et suivant les mouvements que l'on imprime à celui-ci.

Opération (du 31 mars 1905), chloroforme, antiseptie abdominale, laparotomie. Les annexes gauches, volumineuses, sont très adhérentes aux parties voisines. On aperçoit une tumeur kystique à parois épaisses, nettement fluctuante, que l'on ponctionne au Dieulafoy et au moyen duquel on retire environ 100 grammes de pus épais, jaune verdâtre, sanguinolent, non fétide.

Après avoir décortiqué cette masse, on pince le pédicule au ras de la corne utérine, et l'on incise au thermocautère.

Les suites opératoires ne présentèrent rien de particulier.

Examen macroscopique des pièces. — La trompe et l'ovaire forment un bloc unique, sans qu'il soit possible de déterminer ce qui revient à chacun de ces organes.

Le cathétérisme de la trompe, essayé au moyen d'une pipette Pasteur, par l'orifice de section, ne permet pas une pénétration de plus de 2 centimètres.

A la coupe, on aperçoit plusieurs loges kystiques à parois

très épaisses, dont le revêtement interne présente une surface hérissée de très nombreux petits vésicules.

Examen immédiat. — L'examen du pus, recueilli directement à la sortie du trocart, révèle à côté d'un grand nombre de globules de pus, de leucocytes, d'hématies et de cellules épithéliales desquamées. Quelques chaînettes de streptocoque courtes, et dont les éléments paraissent plus ou moins altérées.

Cultures et inoculations. — Les cultures, faites sur gélose, bouillon et sérum gélatiné, ont peu poussé, donnant quelques rares colonies de streptocoque.

L'inoculation du pus dans le tissu cellulaire d'un cobaye a déterminé un petit abcès sans réaction générale.

Injecté dans le péritoine d'un lapin, il n'a déterminé aucun trouble.

OBSERVATION XVIII

D^r RIVET, chirurg. suppl. Hôpitaux Nantes,
(in thèse CLENET, Paris 1906).

Un cas de salpingite chez une accouchée. Laparotomie. Guérison.

Mélanie S., lingère, âgée de 24 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle 15, le 31 mai 1905. Aucun antécédent héréditaire.

Aucun maladie importante de l'enfance.

Réglée à 11 ans, toujours régulièrement depuis ; à 15 ans fait une fièvre typhoïde. Grossesse antérieure : néant.

Grossesse actuelle. Cessation des règles le 15 octobre 1904. A part les troubles ordinaires de la grossesse, santé parfaite jusqu'au 19 mai.

Accouchement sans causes provocatrices apparentes. Expulsion d'un enfant mort et macéré. La malade nie tout antécédent syphilitique et l'interrogation ne révèle rien à ce sujet. La malade est délivrée une heure après l'accouchement par son médecin. Le placenta, volumineux, est extrait entièrement.

Tout rentre dans l'ordre, les suites semblent normales, pas de température. Le douzième jour, vomissements, température 40°, douleurs abdominales très vives, météorisme.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu trois jours après.

Faciès grippé. Ventre un peu ballonné, modérément sensible, pas de vomissements.

Température 37°8 seulement. Lochies peu abondantes, non fétides. Au toucher, l'utérus, assez volumineux, est mou, peu mobilisable.

Les deux culs-de-sac sont presque libres, mais au palper bimanuel, on sent manifestement de chaque côté, surtout à gauche, deux trompes volumineuses.

La température augmenté dès le lendemain et se tient aux environs de 40°; très mauvais état général. On attend, tout en surveillant la malade, qu'elle se refroidisse pour intervenir.

Mais devant l'aggravation de l'état général, l'intervention est faite d'urgence, le 3 juin, dans l'après-midi.

Laparotomie. Utérus immobilisé entre deux trompes contenant deux collections purulentes, la gauche du volume d'une mandarine. Nombreuses adhérences. Hystérectomie subtotala et ablation des annexes.

L'intervention est rendue très pénible par le météorisme intestinal, d'une part et les adhérences maintenant la vessie distendue et en rétention depuis plusieurs jours.

Drainage vagino-abdominal. Dès le lendemain, température notablement abaissée et rapidement la guérison s'est effectuée.

A noter, l'appendice normal.

OBSERVATION XIX

MANSON, Soc. méd. du XVIII^e arrond., 26 février 1904

(*La Gynécologie*, juin 1904, p. 262).

L'auteur a opéré, le 16 février 1904 à Saint-Jacques, une malade dont voici brièvement l'histoire. Femme de 33 ans,

ayant eu quatre enfants; la dernière grossesse date de deux ans et demi. Depuis cette époque la malade souffre du ventre; depuis quatorze mois les crises sont devenues plus douloureuses. Le médecin qui la soigne depuis cette époque avait constaté une salpingite droite. La tumeur qu'il sentit était nettement en rapport avec la trompe mais se prolongeait jusqu'à la région de l'appendice. Il pensa à des lésions à la fois de l'appendice et de la trompe. Les crises douloureuses reparaissaient presque à chaque époque menstruelle, obligeant de temps à autre la malade à s'aliter, ce qu'elle dut faire encore le 3 février dernier. Le 5 la température était de 38. Le 8 la malade peut se lever. Les dernières règles commencèrent le 10 janvier pour finir le 15.

Jamais les crises ne s'accompagnèrent de vomissements, il y a aussi peu de retentissement sur les fonctions intestinales, on a signalé une petite période de constipation suivie de diarrhée qui fut traitée par la poudre de Dower.

M. Manson examina la malade le 10 février. Par le palper abdominal il trouva dans la région de l'appendice un empâtement douloureux à la pression, un peu mobile et par le toucher combiné au palper une salpingite droite de volume d'une petite mandarine douloureuse, mais mobile et entraînant dans le mouvement de mobilisation l'empâtement de la région cœcale se confondant avec lui, si bien que l'auteur fit le diagnostic net de salpingite avec adhérence de l'appendice à la trompe et sans doute appendicite. La malade entra à Saint-Jacques et fut réexaminée le 15 janvier. La salpingite sembla tellement diminuée de volume, l'empâtement appendiculaire restant le même, que M. Manson crut à une prédominance des symptômes du côté de l'appendice et qu'il songea à une incision latérale de la paroi au lieu d'une incision médiane qu'il avait proposée. Le 16 février avant d'opérer il fit de nouveau un examen; les symptômes étaient les mêmes que ceux trouvés la veille mais il constata que la salpingite existait réellement et se

rapportant à l'examen si probant du 40 février il pensa qu'une incision latérale lui permettrait d'enlever l'appendice, mais créerait des difficultés pour l'ablation des annexes droites, tandis qu'avec une laparotomie médiane il atteindrait facilement les annexes et l'appendice.

Il n'eut qu'à se louer d'avoir choisi la voie médiaire. Après incision de la paroi, on trouva dans le petit bassin une trentaine de grammes d'un liquide citrin, preuve d'une poussée péritonéale récente. L'utérus était sur son sommet et sur sa face postérieure, recouvert d'adhérences rouges, molles, récentes et à droite une tumeur adhérente à l'intestin montrait la salpingite diagnostiquée au toucher. En décollant la tumeur l'auteur rompit un kyste de l'ovaire contenant un liquide sanguin, kyste d'un volume de grosse noix et il sépara le tout de la corne utérine après avoir mis une pince sur cette corne. Dès lors il attaqua *les adhérences le long du bord interne du psoas, la trompe et le cœcum étaient adhérents en ce point*. Sous le cœcum il vit l'appendice gros, tortueux, adhérent au cœcum, au psoas, à la trompe. Il le sectionna à son insertion cœcale, et libérant les adhérences, il resta appendue au ligament large une tumeur comprenant la trompe, l'ovaire, l'appendice, tumeur qui fut isolée par section du ligament large.

Sur la pièce enlevée on voyait la trompe avec des parois extrêmement épaissies, l'appendice ayant avec cette trompe des adhérences qui lui donnaient une forme flexueuse. La cavité ouverte ne montrait aucune lésion. Cette malade a donc eu nettement une grosse salpingite, mais a-t-elle eu de l'appendicite vraie? M. Manson ne le croit pas. Il y a eu peri-appendicite. L'appendice était gros parce que l'inflammation voisine l'a atteint du dehors en dedans, mais ses parois ne se sont pas inflammées par lésion de sa muqueuse et de ses follicules clos.

Peut-être sa forme flexueuse, contournée, maintenue telle par les adhérences aurait un jour déterminé un étranglement, une cavité close, une appendicite vraie, on ne peut

l'affirmer mais les lésions étaient suffisantes pour légitimer une intervention, elles expliquent les crises douloureuses et leur exacerbation au moment des règles; et l'auteur se félicite d'avoir fait une laparotomie médiane, car une incision latérale eût donné beaucoup de mal pour libérer l'appendice et n'eût pas permis d'enlever les annexes droites, causes originelles de tout le mal. Les annexes gauches, saines ont été laissées en place. L'opération a duré une demi-heure. L'auteur n'a pas drainé par le cul-de-sac vaginal, n'ayant à aucun moment rencontré du pus. Suite normale et guérison sans incidents.

OBSERVATION XX

BOUSQUET (résumé)

Annexite suppurée avec adhérences des annexes au cæcum. — Accolement de toute la masse morbide à la paroi abdominale. — Opération. — Guérison.

C. F..., 22 ans, entre le 24 novembre 1903, à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

Antécédents. — Femme maigre avec stigmates de la prédisposée. Au cours et vers la fin d'une grossesse, terminée par un accouchement, il y a trois mois, elle a éprouvé à plusieurs reprises, des souffrances vives du côté droit de l'abdomen, avec réaction péritonéale assez accentuée. Quinze jours après l'accouchement douleurs excessivement vives, accompagnées de vomissement et de fièvre, suivies très rapidement d'un ballonnement notable de l'abdomen. Glace sur le ventre, médication interne appropriée. Les manifestations aiguës s'étant calmées lentement, après six semaines, la malade a pu commencer à se lever, en conservant toujours dans la fosse iliaque une tumeur douloureuse au toucher, de la grosseur d'une petite orange. Elle entre à l'hôpital à cause de cette douleur.

A l'examen on constate facilement cette tumeur dont la partie supérieure affleure la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure. Masse légèrement mobile, un peu douloureuse à la pression digitale. Pas de défense de la paroi abdominale.

Au toucher on s'aperçoit que le col utérin est haut situé; la matrice est mobile, les culs-de-sac libres et souples. En combinant le toucher au palper on peut très haut le prendre entre les mains et constater une légère mobilité dans le sens transversal.

Que conclure ? Appendicite ou annexite ? plutôt annexite parce que période puerpérale; accidents aigus d'une durée plus longue que dans l'appendicite, quoique ayant débuté brusquement par vomissements et douleurs.

Intervention le 5 décembre. — Incision sur la ligne médiane. Masse dure dans la région cœcale adhérente à la paroi. Fissure accidentelle laissant échapper un pus fétide. Les adhérences détachées, on reconnaît le cœcum et les annexes constituant un bloc unique dans lequel il est facile de retrouver 1° l'ovaire qui présente le volume d'une mandarine et dont la consistance est dure; 2° la trompe qui paraît saine.

Séparation de l'utérus au niveau de la corne utérine.

L'appendice est dégagée de la gangue inflammatoire ; il paraît sain, cependant il est extirpé.

Examen de la pièce : ovaire transformé en une coque forte épaisse dont le centre contient du pus.

CONCLUSIONS

I. — Un certain nombre d'inflammations tubaires atteignent les trompes alors que celles-ci se trouvent dans une position élevée et sont fixées au-dessus de la situation anatomique normale de ces organes.

Ces salpingites ont été signalées par M. Villard sous le nom de *salpingites hautes*.

II. — La pathogénie de ces salpingites réside dans toutes les conditions, anatomiques, pathologiques ou physiologiques (dispositions congénitales, tumeurs de l'utérus, grossesse, etc.) qui élèvent la trompe au-dessus de sa situation normale et permettent aux inflammations qui la surprennent dans cette position de l'y fixer définitivement.

III. — La variété de beaucoup la plus fréquente relève des infections qui accompagnent l'avortement ou l'accouchement à terme.

IV. — Les salpingites hautes liées à la puerpéralité donnent naissance à deux types cliniques différents.

a) *Forme aiguë-pseudophlegmon du ligament large*. Caractérisée par un foyer de péritonite enkystée dans la fosse iliaque, avec abouchement, dans

l'abcès, du pavillon tubaire enflammé mais non oblitéré, montrant ainsi la voie suivie par l'infection.

b). *Forme chronique enkystée*, caractérisée par une collection salpingienne anormalement située dans la fosse iliaque, la région sous-ombilicale, la région sus-pubienne, ou même l'intérieur d'un sac herniaire.

V. — Les formes aiguës méritent d'être différenciées du phlegmon vrai et des phlébites du ligament large, ainsi que des abcès appendiculaires et sigmoïdiens.

VI. — Les salpingites hautes enkystées qui présentent parfois une indolence remarquable, seront souvent confondues avec des tumeurs abdominales (intestin, rein, kystes ovariens, fibromes pédiculés, grossesses tubaires).

VII. — Le traitement s'adressera aux moyens médicaux (repos, révulsion, injections chaudes) toutes les fois que l'on pourra espérer la résolution. Lorsque une intervention chirurgicale sera indiquée, elle devra consister dans la laparotomie qui correspondra mieux à la situation haute des annexes, permettra de vérifier les lésions et dans quelques cas rares de pratiquer des opérations conservatrices.

Le Président de la thèse,
M. POLLOSSON.

Vu :
Pour le doyen,
L'ASSESEUR
J. COURMONT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 9 Avril 1907.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- TERRILLON. — Salpingites et ovarites (Paris, 1891).
— De la salpingo-ovarite et en particulier du développement du plastron abdominal (Archives de Toc. 1889).
P. DELBET. — Suppurations pelviennes chez la femme (Paris, 1891).
MONTPROFIT. — Thèse Paris 1888.
LAVIE. — Thèse, Paris, 1888.
MORDRET. — Thèse, Paris, 1890.
RECLUS. — Abscesses pelviens. Congrès de gynécologie, 1890.
BERNUTZ. — Conférences cliniques sur les maladies des femmes (Paris, 1888).
TESTUT. — Anatomie descriptive.
TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique.
POIRIER. — Anatomie descriptive.
LABADIE-LAGRAVE. — Traité de gynécologie.
TILLAUX. — Anatomie topographique.
POZZI. — Traité de gynécologie (1906).
DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
CORNIL et RANVIER. — Anatomie pathologique.
TRIPPIER. — Anatomie pathologique.
DORMOY. — Thèse, Lyon, 1897.
FERRARESI. — Soc. méd. chir. de Bologne (1894).
JANOT. — Thèse de Lyon, 1898.
BOUSQUET. — Bulletin médical (Paris, 1904).
CERNÉ. — Des opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites même suppurées (Rev. chir. nov. 1901).

- FAURE. — Traitement des suppurations pelviennes.
— Salpingite et appendicite (La gynécologie, 1901).
PICHEVIN. — Sem. gynécol. 28 janvier 1902.
VILLARD. — Soc. chirurgie de Lyon, 5 juillet 1900.
DELASSUS. — Soc. des sciences médicales de Lille Janvier 1904.
ROGER. — Thèse, Paris, 1901.
BERNEX. — Thèse, Bordeaux, 1905.
DUPUIS. — Thèse, Lille, 1906.
CLENET. — Thèse, Nantes, 1906.
BOULFROY. — Thèse, Lyon, 1904.
-

